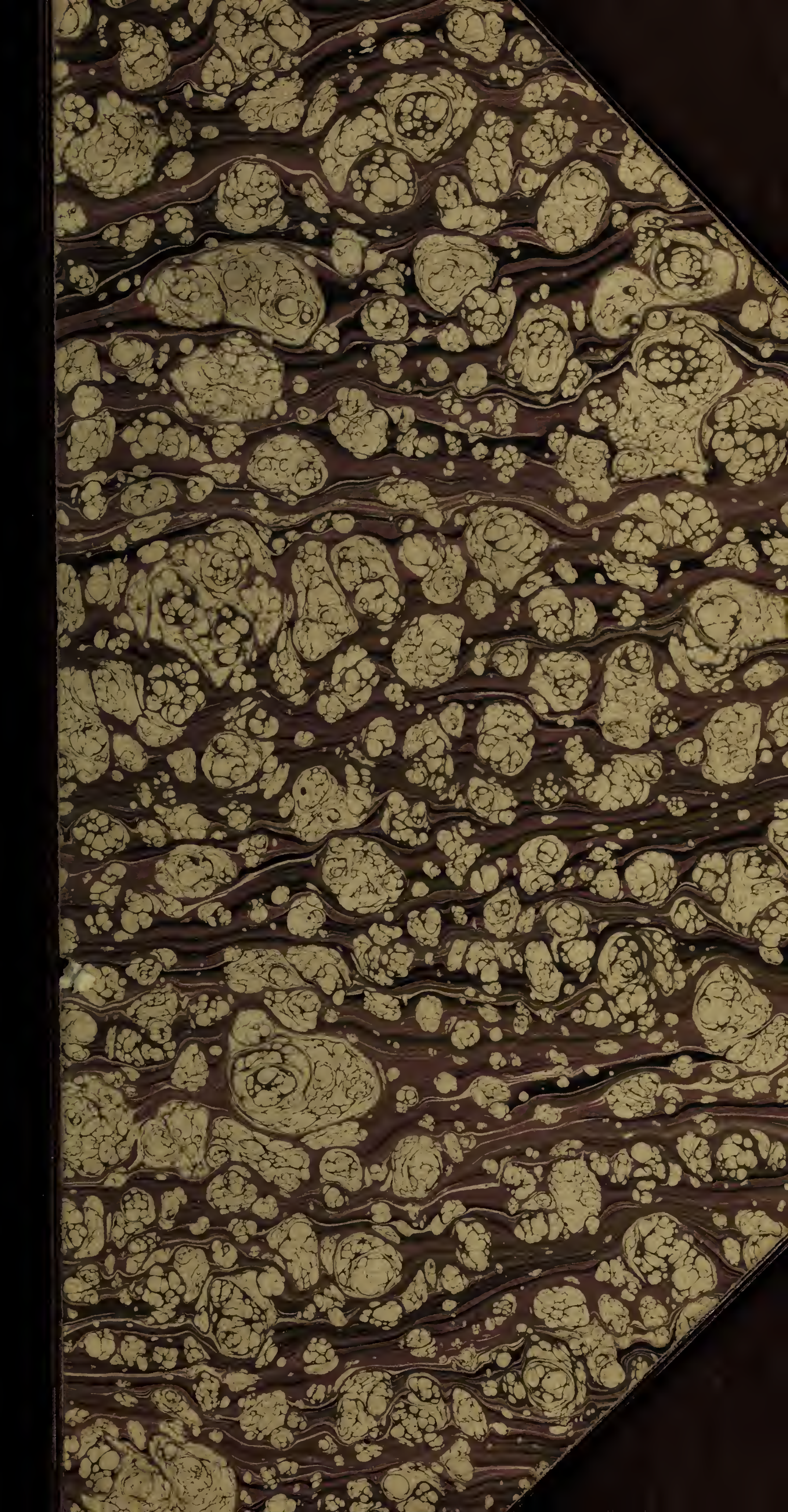


BIBLIOTECA

DI

MEDICINA E CHIRURGIA

PRATICA

CLASSE MEDICA

MILANO

PER PAOLO ANDREA MOLINA

Contrada dei Bossi, num. 1756.

MDCCCXXXI.


WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

CLINICA MEDICA

OSSIA

RACCOLTA D'OSSERVAZIONI

FATTE

ALLO SPEDALE DELLA CARITA

(Clinica di Lerminier)

DA G. ANDRAL

PROFESSORE ALLA FACOLTA DI MEDICINA DI PARIGI
MEMBRO DELL'ACCADEMIA REALE DI MEDICINA,
DEL CONSIGLIO DI SANITA, DELL'UFFICIO CENTRALE DEGLI SPEDALI ECC.

PRIMA TRADUZIONE ITALIANA

SULLA SECONDA EDIZIONE FRANCESE (1829)

DI ERNESTO RUSCA

DOTTORE IN MEDICINA E CHIRURGIA, GIA ASSISTENTE ALLA CLINICA MEDICA PEI CHIRURGHI PRESSO L' IMP. R. UNIVERSITA DI PAVIA, ORA MEDICO-CHIRURGO TEMPORARIO DELL' ORFANOTROFIO DEI MASCHI IN MILANO

VOLUME PRIMO

Nulla est alia pro certo noscendi via, nisi quamplurimas et morborum, et dissectionum historias, tum aliorum, tum proprias, collectas habere, et inter se comparare.
MORGAGNI, De sed. et caus. morb., lib. IV, PROŒM.

MILANO

coi tipi di Paolo Andrea Molina

contrada dei Bossi, num. 1756

1831.

PREFAZIONE

DEL TRADUTTORE

Non pochi scrittori di medicina dei tempi andati immaginarono teoriche mediche fondate unicamente sopra idee speculative e puramente ipotetiche, che l' esperienza ha di poi giudicate false. Incorsero in questo errore per aver trascurata l' osservazione clinica e l'anatomia patologica, principal fonte di ogni progresso nell' arte salutare. Essendosi i moderni convinti, che niuna teoria medica può dirsi vera, nè condurre a felici risultamenti nella pratica, ove non tragga origine dall'osservazione dell' uomo ammalato, e fatto cadavere, e dall' esame analitico dei

fatti, ne venne, che a questo studio si dedicarono a tutta possa non pochi chiari ingegni, e giunsero a confutare mille errori tramandatici dall' antichità. Persuasi che l' intima natura delle malattie resterà sempre per le menti umane un mistero, come è un mistero la vita, e che volendo penetrare in questi reconditi arcani non puossi che immaginare ipotesi, limitarono le loro ricerche alle proprietà e differenze essenziali delle malattie, a quelle cioè, che cadono sotto i nostri sensi, e che la mente nostra può giungere a conoscere confrontando tra di loro i fatti mediante un severo raziocinio; imitando in ciò i fisici, i quali nello studiare le forze, che dominano nell' universo, per esempio la forza di gravità, non si occupano già nella indagine dell'intima natura di questa (al che non sarà mai permesso all'umana mente di arrivare), ma ne ricercano quelle sole pro-

prietà, che l' intelletto umano guidato dall' osservazione può concepire. Questo metodo analitico introdotto negli studj medici ci condusse ai più felici risultamenti. Per esso siam giunti a conoscere, che nella maggior parte delle malattie non le forze vitali, ossia il dinamismo animale, ma l' organizzazione è primitivamente lesa; che le malattie nella loro origine, ed essenza sono presso che tutte locali, e non già universali come pretendevano gli antichi; che l' irritazione, la congestione, l' infiammazione, le alterazioni organiche, e l' ipostenia costituiscono le principali, o le più conosciute condizioni patologiche per cui l' uomo si ammala. Si penetrò più addentro ancora, si indagarono le proprietà e differenze di queste varie condizioni morbose primitive, e se ne derivarono tanti corollarii di somma utilità per la diagnosi, la prognosi, e

specialmente per la terapia. Tali prodigiosi avanzamenti nella scienza salutare devonsi per la massima parte ai sommi uomini, che fiorirono in questi ultimi tempi, cioè a Morgagni, il quale per il primo pose in Italia i fondamenti dell' Anatomia patologica, che trascurata in appresso sotto il dominio della teoria dell' incitabilità, viene ora con somma cura ed amore, e con sì prospero successo coltivata fra noi, e specialmente in Francia; a Tomasini, il quale mostrò come l' infiammazione sia fra le condizioni patologiche la più frequente, che si riscontri in pratica, e penetrò sì profondamente nella natura di questo processo morboso, che puossi quasi asserire essere per di lui opera la storia dell' infiammazione ormai compita, e le sue proprietà, quelle specialmente che hanno rapporto colla pratica, abbastanza conosciute; a Buffalini ed a Geromini, i quali gui-

dati da somma perspicacia d' ingegno illustrarono, più che ogni altro, la teoria dell' irritazione (*); a Brofferio, cui

(*) In questi ultimi tempi la teoria dell' irritazione formò l' oggetto di importanti ricerche, a cui si dedicarono non pochi chiarissimi scrittori, quali sono Giovanni Brown, Guani, Rubini, Bondioli, Fanzago, e Tomasini. Ma questi autori, d'altronde stimabilissimi, non arrivarono a conoscere la vera natura dell' irritazione, per avere la mente già preoccupata dagli errori della dottrina delle diatesi, perchè immaginarono essere le cause dell' irritazione diverse da quelle che valgono a produrre la diatesi stenica e l'astenica, e finalmente perchè non considerarono l' irritazione nel suo rapporto colle altre condizioni patologiche vere e conosciute, ma invece le paragonarono a stati morbosi falsi ed immaginarii, quali erano le diatesi browniane. Lo stesso acutissimo Buffalini svincolato dai pregiudizii della teoria dell' incitabilità, quantunque abbia assai più degli altri penetrato nella vera natura dell' irritazione, non tutte però seppe determinarne le proprietà, nè ben distinguerla dalle altre condizioni patologiche, e specialmente dall'infiammazione. All'illustre Geromini poi dobbiamo le più chiare e precise idee intorno all' irritazione, avendo il medesimo studiato questo processo morboso nel suo rapporto coll'infiammazione. Nondimeno ci sembra, che anche la teorica del Geromini intorno all'irritazione possa andar soggetta a qualche modificazione. E per verità non possiamo aderire all' opinione dell' autore, colla quale stabilisce che dall' azione di qualunque potenza esterna od interna,

debbonsi le prime idee intorno alla congestione, maggiormente illustrate di poi dal celebre Tomasini; a Broussais, il quale pose in chiara luce l'importantissimo canone pratico della condizione locale delle malattie; a Laennec, Bayle, Cruveiller, Lallemand, Billard, Bouillaud, Flourens, ed a mol-

che agisca sul nostro organismo, la prima modificazione morbosa che necessariamente devesi produrre altro non poter essere fuorchè un' irritazione. L' esperienza ampiamente comprova, che esistono potenze dalla di cui azione nell' uomo ne risulta non già un incremento di azioni vitali, ma bensì uno stato opposto di vera e primaria ipostenia.

Nella patologia poi del Geromini un altro vacuo si rinviene, e consiste nel non aver esso annoverato fra le condizioni patologiche la congestione attiva, per cui non trattò delle differenze e dei rapporti, che ha l'irritazione con tale importantissimo processo morboso, nè conobbe come da questi due elementi ne sorga l'infiammazione.

Nelle annotazioni, di cui intendiamo corredare la presente opera, ci riserviamo di esporre le più importanti nozioni intorno all'irritazione, essendo questo argomento tuttora l'oggetto di molte discussioni, ed importando assaissimo per l' esercizio pratico di ben determinare l'indole e le proprietà di questa primaria condizione patologica.

tissimi altri dotti medici italiani e stranieri, che avendo rivolto i loro studii all' osservazione clinica ed all' anatomia patologica, giunsero ad arricchire la scienza di tante utili scoperte.

Malgrado però le profonde meditazioni di questi, e di tanti altri uomini distintissimi per medico sapere, ulteriori indagini ci rimangono ancora da istituire per giungere alla perfezione nell' arte del curare le malattie. Molto ancora ci resta da osservare, e non poche scoperte da fare. E primieramente non tutte ci sono note le condizioni patologiche primitive, giacchè pur troppo talvolta in pratica riscontransi alcuni casi impossibili a riferirsi alle conosciute primarie condizioni morbose. Siane un esempio lo scorbuto, della natura del quale poco ancora sappiamo, poichè non abbastanza soddisfa l' opinione di coloro,

che lo fanno consistere nella flebite; e molto meno quella di altri, che lo ripetono dal predominio di principii flogistici nel sangue, nè tante altre ipotesi immaginate per spiegare questa oscura malattia.

Giova qui riflettere, che sebbene non si possa negare l'esistenza di altre condizioni patologiche fondate in particolari ed ignote alterazioni del misto organico; esse però sono assai meno frequenti in pratica di quelle superiormente annunciate, e sebbene finora non se ne conosca la natura, pure sappiamo curarne alcune con rimedii detti specifici. Sconosciuta p. es. è ancora la condizione patologica delle febbri intermittenti, ma per buona ventura possediamo nello specifico peruviano un farmaco efficace contro questo genere di malattie. Importa quindi assaissimo l'istituire ulteriori indagini onde arrivare a scoprire l'essenza

di alcune malattie ancora misteriose, o almeno a conoscerne il metodo curativo.

In altri casi quantunque trattisi di condizione patologica conosciuta, nondimeno i sintomi con cui si manifesta sono così oscuri ed equivoci, che per essi ben difficilmente puossi giungere alla conoscenza dell' intima natura della malattia, e stabilirne il grado.

Da tutto ciò ognuno di leggieri rileva, quanto sia necessario per i progressi della scienza non solo, ma ancora per l' utile applicazione alla pratica delle verità mediche già conosciute, cioè per istituire una giusta diagnosi ed una felice terapia, l' osservazione dei singoli casi di malattia, lo studio delle forme morbose, e l' esame dei cadaveri, il quale venga a confermare, o a rettificare le nostre idee, che al letto degli infermi avevamo concepita.

Persuaso di queste verità il celebre Andral dedicossi con sommo amore alla pratica osservazione, e qual frutto delle sue lunghe meditazioni pubblicò un trattato di clinica medica, il quale comprende un' eccellente raccolta di osservazioni istituite al letto dell' ammalato, confrontate colle sezioni dei cadaveri, e corredate di ben ragionate riflessioni. Nella persuasione di far cosa grata ai medici italiani, ed utile specialmente all' esercizio pratico della medicina, ne pubblichiamo la presente traduzione. Ci siamo permessi di aggiungere alcune nostre riflessioni ove le opinioni emesse dall' illustre autore ci parve meritassero qualche ammenda, o maggiore illustrazione; come pure abbiamo inserito alcune storie di casi particolari di malattie da noi osservate nella nostra pratica, e che credemmo di qualche importanza, e meritevoli di essere narrate. Possa que-

sta nostra fatica incontrare il plauso dei medici, giovare all' inferma umanità, ed inspirare nei cultori della scienza l' amore all' osservazione.

N.B. *Le note dell' autore saranno poste a piedi d' ogni pagina e segnate con asterischi, mentre quelle del traduttore verranno collocate in fine d' ogni volume, e distinte con numeri arabici progressivi.*

PREFAZIONE

DELL' AUTORE

Questa nuova edizione è per molti rapporti diversa dalla precedente; ho creduto conveniente di distribuire con altro ordine i fatti; ho variate molte riflessioni, che servono di commentario a questi fatti, ed alle osservazioni esposte nella prima edizione, altre ne aggiunsi nuove, che specialmente si riferiscono alle malattie del cervello. Per tal maniera modificata questa nuova edizione sarà composta di cinque volumi: nei primi due esporrò le malattie degli organi del torace; i due successivi saranno dedicati alla storia delle malattie dei visceri addominali; nel quinto ed ultimo volume si istituiranno alcune ricerche intorno alle morbose affezioni del cervello, e delle sue dipendenze.

I progressi della scienza mi hanno persuaso di non trattare delle *febbri* in uno speciale volume, come feci nella precedente edizione; nondimeno colla massima cura ho conservato tutte le osservazioni esposte in quel volume, per riferirle in luogo più conveniente. Ne ho collocate alcune fra le osservazioni relative alle malattie dell' addomine, ed altre fra quelle spettanti alle malattie dei centri nervosi. Sebbene diversamente interpre-

tati i fatti, rimangono sempre i medesimi. Io quindi richiamo l' attenzione dei pratici non già intorno alle mie opinioni, le quali vanno soggette a cangiamenti progressivi, come la scienza, ma bensì sui fatti. La medicina invero è ancora ben lungi dal presentare una riunione sistematica di cognizioni, che ci autorizzi a trascurare la diligente investigazione dei fatti particolari. Frequentemente nello studio della medicina non si rinviene, che una serie di questioni o di problemi da risolversi; molti fatti, di cui si compone il suo dominio, sfuggono a tutte le leggi, a cui voglionsi assoggettarli, per la ragione che non si ritrovò per anco un sistema che tutti li comprenda. Io pertanto, eclettico per necessità, come lo è ciascun medico al letto dell' ammalato, mi sono studiato di ritenere i diversi sistemi per formarne oggetto di discussione alla presenza di ciascun fatto considerato individualmente; ho procurato di determinare il vero valore scientifico e pratico di ogni fatto. I sistemi, che hanno dominato in medicina, e che quasi tutti contribuirono più o meno a suoi progressi, non furono che i diversi punti di vista sotto cui coloro che li inventarono ravvisarono la verità. Serviamoci dei sistemi, come di metodi eccellenti, senza dei quali sarebbe impossibile riunire i fatti, vederne i loro rapporti, e scoprire le leggi della produzione di essi; ma guardiamoci bene dal dimenticare, che i fatti stessi costituiscono tutta la ricchezza della scienza, e che questi soli stabiliscono il valore e la durata dei sistemi.

Quest' opera pertanto non deve considerarsi altro che una raccolta di fatti pubblicati all' oggetto di spargere qualche luce intorno al diagnostico, ed alla te-

rapia di un certo numero di malattie, e di somministrare in pari tempo alla scienza alcuni elementi per risolvere le questioni, che vanno agitandosi. È questa un' esposizione perfettamente analitica dei casi di medicina pratica i più degni di riflessione, che io ebbi l' opportunità di osservare alla Clinica del dottore Lerminier. Allievo di questo insigne medico consumato nella pratica, onorato della costante sua amicizia, sotto la di lui direzione io riunii i fatti pubblicati nella prima edizione di quest' opera, ed a saggi suoi consigli sottoposi le riflessioni che vi ho aggiunto. Lerminier, interotto ne' suoi lavori di gabinetto dalle faticose occupazioni di medicina pratica, desiderava nondimeno che in un' opera fossero raccolti ed i numerosi fatti osservati nelle sue sale, ed i risultamenti dei suoi trattenimenti clinici; egli a me, giovine ancora, confidò questo lavoro, e la *clinica medica* fu pubblicata sotto i suoi occhi. Al presente più provetto nella carriera, che quest' ottimo maestro mi aperse con sì rara benevolenza, sono ben felice di conoscere, che se i miei sforzi furono in qualche maniera utili alla scienza, lo devo all' uomo, che per l' alta sua dottrina seppe inspirarmi tanto ardore, e la di cui ineffabile bontà venne in appoggio del mio coraggio.

CLINICA MEDICA

OSSERVAZIONI

INTORNO LE MALATTIE

DEI VISCERI DEL PETTO

LIBRO I.

MALATTIE DEL CUORE.

I. Per le immortali ricerche di Corvisart, e per le molte osservazioni istituite in tempi a lui posteriori, le quali arricchirono la scienza di preziose scoperte, la storia delle malattie del cuore e delle sue dipendenze può considerarsi quasi compita. È nostro divisamento di qui richiamare l'attenzione specialmente intorno ad alcuni punti di questa storia, i quali, malgrado tante indagini, ci sembrano ancor suscettibili di essere illustrati da nuovi fatti.

SEZIONE PRIMA

OSSERVAZIONI INTORNO LE MALATTIE DEL PERICARDIO

II. Pare che la maggior parte dei fenomeni morbosi che determina l'infiammazione acuta o cronica del pericardio, dipendano dal turbamento simpatico, che il cuore o gli altri organi ne risentono. Questi fenomeni devono per conseguenza essere infinitamente variabili tanto rapporto alla loro natura, come alla loro intensità; offriranno quindi altrettante differenze, quante ve ne ha nella sensibilità di ciascun individuo, nel numero, e nella attività delle simpatie de' suoi organi. Sotto questo aspetto lo stesso avviene nelle malattie dell' involucro del cuore, come in quelle degli involucri del sistema nervoso cerebro-spinale. Sarebbe senza dubbio a desiderarsi, che ciascuna lesione fosse sempre indicata da un complesso ben determinato di sintomi; ma per disavventura ciò non riscontrasi che in pochissimi casi; quindi il volere far corrispondere ad una lesione qualunque sintomi sempre identici, sarebbe un ritardare il perfezionamento del diagnostico coll' idea di semplificarlo. Studio sarebbe parimenti utilissimo quello di applicarsi a conoscere i sintomi sì numerosi, quanto varii, che possono dipendere da una medesima lesione. Nell'esercizio pratico dell'arte salutare non avviene al certo lo stesso, come negli altri rami dell' umano sapere, in cui, stabilito un piccolo numero di principii, non si ha che a farne l'applicazione ai singoli casi particolari. In medicina al contrario, ove un fatto non è giammai perfettamente identico ai fatti già osservati, fa d'uopo, se è lecito così esprimersi, *individualizzare*

ad ogni momento; in ciò consiste tutta l'arte del diagnostico, ed ecco il motivo per cui l'uomo erudito, che ha esaminato molti malati, è più idoneo a ben conoscere e trattare le malattie.

CAPITOLO PRIMO

PERICARDITIDI ACUTE.

III. Le seguenti osservazioni sono di tre specie: Le une, poste in primo luogo, mostreranno l'infiammazione del pericardio annunciatasi con sintomi locali, i quali ne rendono molto facile la diagnosi. Riferirò successivamente altri casi in cui non presentavasi alcun sintomo locale fuorchè una dispnea più o meno forte; di modo che non si potè giugnere a riconoscere l'esistenza della pericarditide, se non per la via dell'esclusione. Finalmente nella terza classe si annovereranno le osservazioni meno frequenti, in cui la pericarditide acuta non manifestavasi neppure colla dispnea, ed i sintomi che l'accompagnavano consistevano in una gran frequenza di polso, in fenomeni nervosi assai gravi susseguiti da subitanea prostrazione di forze, e da pronta morte.

ARTICOLO PRIMO

PERICARDITIDI ACUTE CON SINTOMI CARATTERISTICI.

I. OSSERVAZIONE.

Reuma articolare acuto. Improviso dolore lacerante alla regione del cuore; pronta morte. Trasudamento purulento dalla superficie interna del pericardio.

Un fornaio di trentun' anno fu ricevuto nello spedale della Carità nel mese d' agosto dell' anno 1822. Già da quindici giorni soffriva vivi dolori, che successivamente si svilupparono in varie articolazioni, e che all' epoca della sua ammissione nell' istituto clinico prendevano il cubito sinistro, la corrispondente articolazione dell' avambraccio colla mano, il ginocchio destro, ed il piede del medesimo lato. Tutte queste parti erano tumide e rosse. Più volte il malato dopo l' invasione dell'affezione reumatica fu preso da forte cefalea; la febbre era intensa, la lingua rossa ed alquanto secca, l'epigastrio dolente sotto la pressione. Nelle prime ventiquattro ore furono istituiti due salassi di dodici once per ciascuno. Il crassamento del sangue si coprì di densa cotenna. All' indomani non eravi sensibile miglioramento; fu prescritto un terzo salasso, il quale presentò molta cotenna come i precedenti. Cessarono i dolori al ginocchio ed al piede del lato destro, ma nel medesimo tempo si gonfiò il ginocchio sinistro; il cubito e l' articolazione dell' avambraccio colla mano erano meno tumidi e indolenti nella quiete, ma sotto il più piccolo movimento si risvegliavano dolori acutissimi. (*Quarto salasso di dodici once, bevande ammollienti; cataplasmi; dieta assoluta*). Sangue cotennoso.

Nel quarto giorno dall' ingresso del malato, e malgrado i quattro salassi istituiti in tre giorni, il cubito, l' articolazione dell'avambraccio colla mano ed il ginocchio del lato sinistro si gonfiarono maggiormente ed erano dolentissimi. La lingua perdette il suo rossore. Si applicarono venti mignatte ai contorni del medesimo ginocchio, il quale nella quinta giornata era assai poco dolente; ma invece la gonfiezza ed il dolore ritornarono al ginocchio destro; il cubito e l'articolazione dell' avambraccio colla mano sinistra erano alla medesima condizione; insistenza della febbre (*Bevande ammollienti, cataplasma, dieta*). Nel sesto giorno l' ammalato trovavasi nello stesso stato (*Quinto salasso di dodici once, dieci mignatte ai contorni del ginocchio destro; dieci altre all'articolazione dell'avambraccio colla mano sinistra*). Nel decorso della giornata ebbe luogo un notabile miglioramento: diminuì la tumidezza delle articolazioni, le quali potevano eseguire movimenti senza gran dolore; il malato stesso asserisce di sentirsi per la prima volta in molto miglior stato. Ma questo miglioramento non doveva essere che di breve durata: verso le otto ore della sera tutte le sue articolazioni erano quasi libere, il malato trovavasi in buon essere..... Verso le dieci ore viene improvvisamente preso da un atroce dolore sotto la mammella sinistra nelle parti interne; questo dolore insiste durante tutta la notte, ed all' indomani di buon mattino noi trovammo il malato nel seguente stato: grida suscitate dal dolore lacerante che il malato risente nel luogo indicato: questo dolore non si fa maggiore nè sotto la pressione, nè per la tosse, nè per li moti d'inspirazione, nè finalmente per alcun cangiamento di posizione; per conseguenza non ha i caratteri di un dolore pleuritico, nè quelli di un dolore

muscolare. Le articolazioni sono perfettamente indolenti. Del resto, mancanza completa di tosse; petto sonoro; mormorio respiratorio libero ed assai forte; battiti del cuore frequentissimi, tumultuarii, irregolari in forza, ed intermittenti. Le pulsazioni delle arterie presentavano la stessa intermittenza di quelle del cuore, ma erano piccole, sfuggevoli sotto la pressione delle dita, e mancanti per alcuni momenti. Faccia pallida, raggrinzata, ed alterata in guisa da mostrare la più crudele ansietà; estremità fredde. Si credette che questo spaventoso apparecchio di sintomi dipendesse da un' infiammazione del pericardio. Il malato sembrava così debole che Lerminier non credette più conveniente di aprir di nuovo la vena. Si applicarono trenta mignatte alla regione dei precordii, ed i senapismi in più luoghi degli arti, all'oggetto di richiamare l' affezione reumatica, che sembrava essersi trasferita, per una specie di metastasi, sugli involucri del cuore. — Nel corso della giornata non avvenne alcun miglioramento; la respirazione, ancora sufficientemente libera nel mattino, si fece sempre più affannosa, ed il malato perì nella notte successiva, ventinove ore dopo l' invasione del dolore alla regione dei precordii.

La sezione del cadavere confermò l' esattezza della diagnosi. Tutta la superficie interna del pericardio appariva tappezzata da un trasudamento biancbiccio, molle, membraniforme, e disposto ad areole. Al di sotto di questo trasudamento vedevasi il pericardio di un color rosso vivo; non si rinvenne che pochissimo liquido effuso nella sua cavità, cioè non più di un' oncia di sierosità verdastra (*). La sostanza del cuore, la super-

(*) Il carattere del suono, che fu indicato come uno dei segni caratteristici della pericarditide, non poteva dunque esistere in questo caso.

ficie interna delle sue cavità, i grossi vasi che vi entrano o che ne sortono, erano nello stato il più sano; la pleura non presentò che antiche aderenze cellulose, ed il polmone un ingorgamento sieroso-sanguinolento. Lo stomaco era alquanto rosso in corrispondenza della sua grande curvatura; nulla degno di rilievo riscontrammo negli altri visceri della cavità dell'addome, e neppure nel cervello e nelle sue dipendenze.

Questa osservazione offre l'esempio di una fra le pericarditidi le più acute, di cui sia stata, sino ai nostri giorni, pubblicata la storia; la sua durata non fu che di ventisette ore: la sua invasione ebbe luogo dopo la scomparsa del reuma articolare. In appresso vedremo pure le infiammazioni della pleura e dei polmoni mostrarsi nel medesimo tempo in cui improvvisamente cessano i dolori articolari. È questa la metastasi reumatica degli antichi (*). Questi fatti sono meritevoli di tutta l'atten-

(*) A questa metastasi non ne consegue sempre la pericarditide, la pleuritide, nè la peripneumonia. Ciò che predomina in molti casi di questo genere si è la lesione della funzione, che è di maggior gravezza, che non sembra esserlo la lesione della tessitura. Quindi, in conseguenza della scomparsa di un dolore reumatico, succedono palpitazioni di cuore, un vivo dolore ai precordii o alle pleure, una dispnea più o meno forte. Ma la prontezza con cui cessano questi diversi accidenti non permette di attribuirli ad un' alterazione profonda della tessitura dell' organo ove hanno sede. Nondimeno questi fenomeni presentano, per così esprimersi, una fisonomia più o meno allarmante, a guisa di quelli, che risultano o da un'epatizzazione dei polmoni, o da un' effusione di pus nella pleura, o nel pericardio. La stessa cagione, che susciterà nel medesimo giorno dolori in dieci articolazioni diverse, le quali ritorneranno alla condizione normale colla stessa rapidità con cui ammalarono, questa

zione del pratico. Riflettiamo pure come siano state infruttuose in questo caso le numerose sottrazioni sanguigne, tanto allo scopo di far cessare il reuma articolare, come per prevenire l'invasione dell'infiammazione del pericardio (*). Quivi d'altronde, l'irritazione simpatica dell'organo centrale della circolazione fu la causa di tutti i sintomi e della morte. La pericarditide fu riconosciuta per la natura stessa dei sintomi locali, cioè pel dolore ai precordii, il tumulto, l'irregolarità dei battiti del cuore, la grande frequenza, l'irregolarità e l'estrema piccolezza dei polsi. Questo stato particolare del cuore e dei polsi fu effettivamente indicato dagli autori come caratteristico della pericarditide. Nondimeno nell'osservazione seguente trattasi di un'alterazione del pericardio quasi identica, con una condizione ben diversa delle pulsazioni del cuore, e specialmente di quelle delle arterie.

medesima cagione, dico, può dunque, quando va ad esercitare la sua influenza su qualche parte interna, determinarvi 1.° una semplice modificazione dinamica, o d'azioni; 2.° una lesione organica. Questa secondaria lesione non è che consecutiva alla prima, ed è meno di questa frequente (1).

(*) Noi troveremo in quest'opera molti esempii di flemmasie, le quali curate da principio o durante il loro decorso con abbondanti salassi, percorrono nondimeno i loro periodi tanto nel caso che abbiano a terminare in salute, come in morte. Sonovi, a mio avviso, pochissimi casi in cui possa togliersi improvisamente una malattia con una emissione sanguigna (2).

II. OSSERVAZIONE.

Dolore alla parte inferiore dello sterno ed alla regione del cuore, che a gradi va crescendo, e si sostituisce ai dolori articolari. Oscurità dei battiti del cuore; forza e regolarità dei polsi. False membrane nel pericardio.

Un moro, di diciannove anni, di condizione sartore, di gracile costituzione, e che abitualmente godeva di buona salute, fino dal diciannove aprile fu preso da dolori, che alternativamente si trasferivano da un' articolazione all' altra, ma che specialmente occupavano l' articolazione dell' avambraccio colla mano destra, le due ginocchia, e l'articolazione della tibia col tarso al lato sinistro. Entrato nello spedale della Carità nella sera del 23 aprile 1822, alla visita del 24 presentava i seguenti sintomi.

Grande ansietà generale, sensazione di peso agli occhi, leggier gonfiezza dell' articolazione dell' avambraccio colla mano destra e del ginocchio del medesimo lato; sotto i più piccoli movimenti di queste parti il malato risente un così forte dolore, ch' è costretto a mandare delle grida; il ginocchio sinistro ed il contorno dei malleoli erano parimenti dolenti, ma non gonfii; polsi frequenti, sviluppati, pelle calda, alquanto umida, lingua bianca, sete mediocre, costipazione d' alvo (*Salasso di quattro misure*, *infuso di borraggine e di papavero*, *giulebbo*).

Nella sera il malato sudò moltissimo, e nel successivo giorno 25 era presso che nel medesimo stato. Il sangue estratto nel dì antecedente presentava un abbondante crassamento, poco consistente, senza cotenna. L' insistenza dei dolori e della reazione universale in-

dusse Lerminier a prescrivere un secondo salasso di tre misure. Poco tempo dopo uscito della vena il sangue presentò un coagulo denso, piccolo, a margini rialzati come quelli di certi funghi, coperto di una cotenna dura, e circondato di siero verdastro e copioso. Eravi adunque una notabile differenza tra il sangue del secondo salasso e quello del primo, sebbene in ambedue i casi la vena fosse stata aperta nella medesima maniera.

Il malato prese nella sera dodici grani di polvere del Dower ripartita in due dosi. Sudò abbondantemente nel corso della notte. All'indomani le articolazioni non mostravansi più tumide, ed erano poco dolenti, ma il malato, per la prima volta accusava dolori vaghi alle pareti toraciche; accelerata era la sua respirazione; insisteva la febbre. Fu fatto un terzo salasso, ed il sangue presentò gli stessi caratteri del secondo.

Durante la giornata l'infermo si lagnò assai del suo mal essere; i dolori toracici si concentrarono all'epigastrio ed alla parte inferiore dello sterno. Nella notte soffrì una grande agitazione, veglia completa, e non ebbe sudori.

Nel 27, i sintomi si erano tutti esacerbati. I moti d' inspirazione, brevi e frequenti, si eseguivano col sollevarsi delle coste, e col contemporaneo abbassamento del diaframma. Il paziente mandava continui lamenti, accusava di sentire all' epigastrio un vivo dolore, che aumentava sotto la più lieve pressione, e che estendevasi alla parte inferiore dello sterno ed alla regione precordiale. I dolori delle membra erano totalmente scomparsi. Nondimeno il malato non aveva più tosse; il petto sotto la percussione, risonava regolarmente in ogni sua parte, e la respirazione era forte, ma li-

bera; i polsi erano frequentissimi, regolari e durissimi, mentre i battiti del cuore sentiti collo stetoscopio apparivano debolissimi; l'orecchio applicato immediatamente alla regione del cuore non distingueva che un mormorio confuso, il quale non permetteva di riconoscere le pulsazioni nè de' ventricoli, nè delle orecchiette. Questo complesso di sintomi contemporaneamente all' assenza di ogni indizio di un' infiammazione delle pleure e dei polmoni, ci indusse a sospettare dell' esistenza di una pericarditide. Si applicarono quaranta mignatte alla regione dei precordii, e poche ore dopo si pose all' epigastrio un largo vescicante.

Il malato si sentì notabilmente sollevato nella giornata; ma in sulla sera i sintomi si esacerbarono, fu preso da febbre violenta, da forte dispnea, da minaccia di soffocazione. Si praticò al momento un abbondante salasso, e mentre usciva il sangue la respirazione si fece più libera; il sangue presentava i medesimi caratteri come nei due precedenti salassi. Alla mattina del 28 l'infermo si trovava assai meglio; la respirazione era più in calma, il polso meno frequente, e di una forza presso che normale; cessato era pure il dolore all' epigastrio ed alla regione dei precordii.

Nel 29 la respirazione divenne molto affannosa; i polsi frequentissimi ed assai duri; in corrispondenza del cuore udivasi una specie di mormorio tumultuario, e difficile a definirsi. Mediante la percussione sentivasi in questa regione un suono più ineguale che non nei giorni precedenti; scomparso era il dolore all'epigastrio ed ai precordii. Essendosi dalle sottrazioni sanguigne sempre ottenuto un sensibilissimo miglioramento, si istituì un nuovo salasso di tre misure, e si applicarono dodici mignatte alla regione del cuore. Essendosi disseccato il

vescicante dell' epigastrio, se ne sostituirono due altri alle gambe.

Nel giorno 30, la respirazione sebbene ancora assai frequente, era però meno affannosa che nel dì anteriore. Il malato non soffriva più dolori, la sua fisonomia era di gran lunga più in calma, e vicina allo stato normale; i polsi conservavano ancora molta forza, ed il sangue presentava un aspetto simile a quello degli altri salassi (*Quindici mignatte alla regione del cuore*).

Nel decorso della giornata si mantenne nel medesimo stato. Alle ore otto della sera l' infermo era tranquillo, la sua fisonomia non alterata, la respirazione sufficientemente libera; parlava con facilità, sedeva sul letto senza molta pena, nè mostrava di sentire patimenti. Improvvisamente morì alle ore undici della sera.

L' apertura del cadavere fu istituita nove ore dopo la morte.

Il cervello, e le sue membrane non presentarono alcuna notabile lesione. Ciascuno dei ventricoli laterali conteneva due o tre cucchiai da caffè di siero limpido.

I polmoni erano sani, pallidi, non ingorgati; nella cavità del pericardio si rinvenne poco più di mezzo litro di siero torbido; la porzione della membrana sierosa che investe il cuore, e quella sovrapposta allo strato fibbroso erano in ogni lor parte coperte di una falsa membrana rugosa, sparsa di molte asprezze, che presentava un aspetto assai analogo a quella del secondo ventricolo dei ruminanti.

Questa specie di falsa membrana disposta a granulazioni fu già indicata da Corvisart e da Laennec come una forma speciale di pseudo-membrana, la quale non fu rinvenuta da questi grandi osservatori fuorchè nel

pericardio. Lungo il solco che segna il punto di unione dei due ventricoli, come pure all'estremità puntuta del cuore, si riscontrarono varie concrezioni albuminose, membraniformi, simili a quelle, che ordinariamente rinvengonsi nelle membrane sierose infiammate. Finalmente in due o tre punti estendevansi, da una superficie della membrana sierosa all' altra, varie lunghe briglie bianchicce mollissime che si laceravano sotto il più lieve stiramento. Il tessuto del cuore era molto pallido; le sue cavità contenevano coaguli fibrosi, privi in parte di materia colorante, e che si prolungavano lungo i vasi.

I visceri addominali erano sani; la milza era estremamente molle.

Le articolazioni non presentarono alcuna traccia d'infiammazione.

In questo caso pure, come nel precedente, pare che l'infiammazione del pericardio sia insorta nel medesimo tempo che scomparve l' affezione reumatica degli arti. Il dolore che indicò l'invasione della pericarditide era da principio vago e poco intenso, e forse in origine non fu cagionato dalla malattia del pericardio. Il reuma incominciò ad invadere le pareti del torace, come lo annunciarono i dolori vaghi che ivi risentiva il paziente; in appresso questi dolori si fecero più vivi, e si estesero successivamente all' epigastrio, alla parte inferiore dello sterno, alla regione dei precordii; sebbene assai forti non giunsero mai a tanta intensità come nel malato, che forma il soggetto della prima osservazione. In questo i dolori non cessarono fuorchè colla vita; nel moro, al contrario, non furono continui, e per questo carattere presentava maggior somiglianza coll'affezione reumatica. Molte volte nel corso della

malattia abbiamo veduto scomparire col dolore la dispnea e l' ansietà generale. È poi da osservarsi, che la morte non avvenne sotto un' esacerbazione del dolore e durante un accesso di dispnea; ma quando sembrava che la malattia procedesse verso la risoluzione. Il polso, ben diverso da quello che ci presentò il malato della prima osservazione, fu costantemente sviluppato, duro e regolare; e nel medesimo tempo i battiti del cuore erano assai oscuri. Questo apparato di sintomi è precisamente l' inverso di quello che osservasi in altre circostanze in cui vi abbia uguale lesione del pericardio; ma il cuore è diversamente irritato, ma il sistema nervoso è in altro modo influenzato.

III. OSSERVAZIONE.

Dolore alla regione del cuore, che si irradia ad intervalli sino al braccio sinistro. Battiti del cuore assai forti da principio, molto oscuri in appresso; polso costantemente piccolissimo, regolare. Suono ineguale alla regione dei precordii. Grande dispnea. Stravaso sanguigno nel pericardio.

Un calzolaio di trent'un anno fu ammesso nello spedale della Carità, addì 6 novembre 1821. Nel giorno 4 dello stesso mese era stato preso da brividi di freddo e da un senso di mal essere generale, ed asseriva di aver avuto una gran febbre nella notte del 4 al 5. Nella mattina del giorno 5 provò un dolore assai vivo in corrispondenza della mammella sinistra, il quale continuò per tutto il successivo giorno 6. Da noi esaminato nel giorno 7, lo riscontrammo nel seguente stato: faccia pallida, che esprimeva il patimento e l' inquietudine; di tratto in tratto riso sardonico, tremore quasi convulsivo delle labbra. Il dolore ai precordii era d' or-

dinario poco forte; ma di tempo in tempo si esacerbava, ed in allora non si limitava alla sola regione del cuore, ma si diffondeva a guisa di fuoco (così esprimevasi il malato) in tutto il lato sinistro del torace; in pari tempo tutto il membro toracico del medesimo lato veniva preso da torpore, e talvolta da un acuto dolore, che durava per alcuni istanti, e che occupava specialmente la superficie anteriore del braccio e dell' avambraccio. Ogni volta che il dolore in tal modo si esacerbava, e si irradiava alle parti suddette, il respiro diveniva improvvisamente affannoso, i battiti del cuore presentavano un tumulto ed una irregolarità difficile a spiegarsi; non più si sentiva il polso, un freddo di ghiaccio si diffondeva alle estremità. Quando il dolore diminuiva, la respirazione non era che mediocremente affannosa, i battiti del cuore conservavano la loro forza, e si potevano sentire in tutta l'estensione della parte anteriore del torace; ma riacquistavano la regolarità, ed il polso si rialzava alquanto, sebbene rimanesse sempre piccolissimo relativamente alla forza delle pulsazioni del cuore. Il malato aveva una leggier tosse; d'altronde il petto era in ogni sua parte sonoro, ed ovunque udivasi il mormorio respiratorio con forza e chiarezza. — Questo complesso di sintomi presentava molti tratti d' analogia con quelli che si considerarono proprii dell' *angina pectoris*; fummo d' avviso di doverli ripetere da un' infiammazione del pericardio. (*Salasso d'una libbra*, *trenta mignatte alla regione dei precordii*, *senapismi alle ginocchia*, *decotto d' orzo*, *dieta*).

Dopo il salasso, e l'applicazione delle mignatte i parosismi del dolore si fecero meno intensi e meno frequenti; passò una notte più tranquilla delle precedenti.

Alla mattina del giorno 8, il malato non accusava alla regione del cuore altro che un senso di oppressione, piuttosto che un vero dolore. I battiti del cuore erano meno forti, i polsi sempre piccoli ed assai frequenti. La respirazione appariva ben poco affannosa. Durante la giornata si risvegliò il dolore al cuore con forza per ben tre o quattro volte, e sempre si diffuse a tutto il lato sinistro, e vi si associava un senso di torpore al braccio, all'avambraccio, ed alla mano del medesimo lato. Nella sera fu fatto un salasso di dodici once; passò tranquillamente la notte. — Nel giorno successivo era ad un di presso nel medesimo stato. Addì 10 novembre, sesto giorno della malattia, comparvero in scena nuovi sintomi, non eravi più dolore, la faccia aveva ripreso il suo naturale aspetto; i battiti del cuore erano meno forti e meno diffusi; il polso conservavasi tuttora piccolo. Alcune ore dopo la visita, senza che il dolore fosse ancora comparso, il malato fu improvisamente assalito da grave dispnea, che andò sempre aumentando sino all'indomani. In allora, applicando lo stetoscopio di Laennec alla regione del cuore, fummo grandemente sorpresi di non più sentire che pulsazioni assai oscure, quando dapprima erano sì energiche; il polso era ancor più piccolo: percosso di nuovo il petto, si sentì per la prima volta un suono ineguale che si estendeva dall'alto al basso dal livello della quarta costa sino alla nona o decima, e trasversalmente dalla mammella sino alla parte media sinistra dello sterno inclusivamente. Impossibile era il decubito orizzontale; il malato seduto sul proprio letto poteva appena pronunciare alcune parole con una voce anelante; diceva di sentirsi come un vincolo di ferro, che gli stringeva fortemente il petto e lo soffocava (*Due vescicanti alle*

cosce) — Nel corso della giornata l'oppressione si fece sempre più considerevole, e l'infermo morì nella notte.

Sezione del cadavere.

Appena furono levate le pareti del torace si vide sporgere all'innanzi del cuore e dei polmoni un enorme sacco, che comprimeva questi visceri, e che era il pericardio disteso da circa un litro di liquido rosso bruniccio, simile al sangue venoso. La superficie interna del pericardio era coperta da concrezioni membraniformi colorite in rosso. Niuna alterazione degna di rilievo esisteva negli altri organi del torace, fuorchè un considerevole ingorgo sanguigno dei polmoni. — Il fegato era inondato di sangue; vedevasi un'iniezione venosa distintissima nel canale intestinale; e nel tessuto cellulare della convessità degli emisferi cerebrali che sta sotto l'aracnoidea eravi raccolto molto siero; la sostanza bianca del cervello era disseminata di un gran numero di punti rossi.

Questa malattia ci presenta pure sintomi diversi di quelli delle due precedenti. Considerati questi sintomi nel rapporto dell'alterazione organica, da cui, a quanto sembra, trassero origine, si possono dividere in due serie. Nella prima collocheremo quelli che si manifestarono nel malato dall'epoca dell'invasione della pericarditide sino alla fine del nono giorno. Tali sintomi dipendevano da una lesione del pericardio simile all'altra, che esisteva nei due casi precedenti; eppure non erano soltanto quelli stessi riferiti nelle osservazioni I e II, ma altri ancora vennero in iscena. Ed in

verità qui noi ritroviamo delle anomalie nelle pulsazioni del cuore e delle arterie, ma queste anomalie non sono precisamente le stesse: il polso, p. es. è piccolo come nell'osservazione I, e regolare come nella II. Vi riscontriamo parimenti il dolore, ma questo dolore ha caratteri ben distinti; non è forte che ad intervalli; è quasi perfettamente intermittente, e si irradia lungi dal luogo della sua origine; lo si potrebbe considerare come il prodotto di una nevrosi (*). Nel nono e nel principio del decimo giorno avvenne un miglioramento considerevole; ma d'improvviso incomincia una nuova malattia, o per meglio dire la pericarditide, che pareva tendere alla risoluzione, assume un nuovo carattere; in allora non è più una piccola quantità di materia

(*) Questi medesimi sintomi si rinnovano infatti in molti casi, nei quali dipendono da un' affezione puramente nervosa. Noi abbiamo veduto nello spedale della Carità una giovane che di tempo in tempo veniva assalita da un vivo dolore alla regione del cuore, che si diffondeva a diversi punti del torace, ed al braccio. Queste parti erano frequentemente prese da tale torpore, che talvolta giungeva sino alla paralisi completa; l' ammalata soffriva ad intervalli violenti palpitazioni, durante le quali il polso diveniva filiforme. Tutti questi fenomeni cessavano ordinariamente dopo alcuni minuti, sebbene talvolta si prolungassero sino a ventiquattro, o trenta ore; nel tempo dell' intermittenza nulla di insolito appariva nel sistema circolatorio. Questi accidenti venivano spesso sostituiti da altri fenomeni nervosi, cioè da convulsioni parziali o generali, da alternativo esaltamento ed abolizione della sensibilità, da sintomi di corea. Fra tanti diversi disordini delle funzioni, come non riconoscere una stessa malattia, i di cui sintomi possono variare col mutarsi della località, rimanendo però sempre identica la sua natura? Sembrami conveniente espressione il dire, che questa donna di tempo in tempo andava soggetta ad una *corea del cuore*.

purulenta, di linfa coagulabile che formasi per l'influenza del processo infiammatorio; succede invece un' abbondante e subitanea emorragia; in poche ore la sua cavità è riempita e distesa da un' enorme quantità di sangue; d'allora in poi più difficili si resero i moti del cuore, i polmoni furono compressi e retratti, ed avvenne la morte per asfissia. Quanto diversi sarebbero stati i sintomi, se lo stravaso si fosse effettuato a poco a poco, come avemmo occasione di riconoscere in altri casi, che citeremo in appresso.

IV. OSSERVAZIONE.

Sintomi di pericarditide. Guarigione.

Un taglia-pietra di trentanove anni giaceva ammalato da dieci giorni, quando fu ammesso nello spedale ai primi di maggio 1823. Da principio aveva manifestato sintomi di congestione cerebrale, indi gli sopraggiunse della febbre, e quattro giorni dopo un dolore assai forte al di sotto dell' appendice ensiforme. Nel giorno del suo ingresso nello spedale gli fu fatto un salasso, dopo il quale diminuirono il dolor di capo e lo stordimento; ma il dolore all' epigastrio invece si aggravò, e si diffuse nello spazio posto tra la mammella, e lo sterno. L' applicazione di ventiquattro mignatte alla regione ipogastrica non fu di alcun sollievo, ed addì 9 maggio, comparvero dei sintomi gravissimi: il malato accusava un dolore fortissimo alla regione dei precordii, mentre quello all' epigastrio era assai meno vivo; questo dolore non aumentava nè per la pressione, nè sotto l' inspirazione, era più tolerabile se l' infermo giaceva sul dorso; i battiti del cuore, regolari ed in calma nel giorno antecedente, s'erano fatti

irregolari e tumultuarii; i polsi erano pure irregolarissimi, frequenti, e non più forti dell'ordinario. Niun sintomo poi annunciava un' affezione del polmone o delle pleure, quindi si sospettò dell' esistenza di una pericarditide, la quale fu combattuta con un nuovo salasso di dodici once, e coll'applicazione di quaranta mignatte alla regione dei precordii. All'indomani i sintomi formidabili del giorno anteriore erano per la maggior parte scomparsi; il malato non soffriva altro che un leggier dolore in corrispondenza del cuore; le pulsazioni del cuore e delle arterie non erano più irregolari; ma sussisteva tuttora la febbre, e la respirazione non era ancora totalmente libera. Appariva evidentemente, che l' infiammazione del pericardio era stata arrestata nel suo decorso, ma persisteva tuttavia. Se si avesse voluto far uso di una medicina aspettativa, sarebbe stata la stessa cosa, che esporsi al pericolo di vedere l'infiammazione, la quale non era che diminuita, esacerbarsi ancora, e riprendere nuova energia, o almeno passare allo stato cronico. Lerminier convinto che in questo caso non si era giunto ad ottenere che una diminuzione di sintomi, e che la malattia era soltanto sospesa, ma non tolta, come lo comprovavano gli altri sintomi, che esistevano tuttora, riprese il medesimo metodo di cui aveva già esperimentato tanta efficacia nel giorno anteriore: si estrasse dalla vena la stessa quantità di sangue, e si applicò il medesimo numero di mignatte, ed in aggiunta si posero due larghi vescicanti alla parte interna delle cosce. — Nelle successive ventiquattro ore il malato migliorò notabilmente, e nel giorno 12 di maggio era in piena convalescenza, ed in breve sortì dallo spedale in buon essere.

Non è assolutamente certo, ma almeno è assai verisimile, che in questo caso esistesse un' infiammazione del pericardio, che fu vinta da un attivissimo trattamento antiflogistico (*). Le sottrazioni sanguigne istituite nel giorno successivo al miglioramento del 10 maggio, giovarono forse tanto come i salassi fatti nel 9; esse compirono e consolidarono il vantaggio di questi. Troppo soventi un' infiammazione acuta passa ad esiti infausti non tanto perchè non sia stata sufficientemente combattuta quando i sintomi erano evidenti, quanto perchè credesi troppo presto di averla distrutta. Molti non si immaginano che il lavoro patologico, che succede in un organo infiammato, ordinariamente sussista tuttora anche dopo che i suoi sintomi più manifesti sono scomparsi. È appunto in queste circostanze che il medico pratico deve raddoppiare di attenzione, ed in cui la sua tattica riesce assai difficile: egli deve in allora farsi carico dei più piccoli sintomi, e non trascurare di combattere il nemico finchè dà il minimo segno della sua presenza. Quante infiammazioni per tal modo assopite per alcuni giorni, e che si credettero vicine alla risoluzione, si risvegliarono di nuovo, e cagionarono la morte. Quante volte credesi una malattia in convalescenza, quando invece l' infiammazione non è che passata dal periodo acuto allo stadio cronico (**).

(*) Si confronti questo caso, sotto tale rapporto, con molti dei precedenti in cui un metodo di cura ad un di presso ugualmente attivo non fu coronato di buon successo.

(**) In un'altra mia Opera (*Précis d'Anatomie pathologique*) io ho procurato di dimostrare, che è impossibile di stabilire una linea di segno ben deciso tra la congestione sanguigna, o l' *Iperemia*, e ciò che chiamasi *infiammazione*.

Il primo stadio della malattia merita parimenti di essere considerato con tutta l' attenzione. È questo uno di quei casi sì frequenti in medicina pratica, in cui sembra che molti organi siano contemporaneamente o alternativamente la sede di congestioni sanguigne, senza che niuno d'essi mostrisi precisamente infiammato (*). Spesso l'individuo ricupera la salute, dopo che tali specie di congestioni abbiano, per così dire, percorso la maggior parte di questi organi, senza che l'affezione di ognuno d'essi sia stata predominante. Questo modo di morbosa alterazione fu da molti autori denominato *malattia generale*, espressione assai vaga, e che, in ultima analisi, altro non significa, rapporto ai solidi, che l'affezione simultanea di molti tessuti, organi, od apparati organici. Altre volte succede, che dopo che una malattia fu in tal modo generale, nel senso da noi ora specificato, l'affezione di un organo si fa predominante, e questo secondo caso appunto avvenne nel nostro ammalato.

Nei varii casi da noi riferiti la pericarditide era manifesta per un complesso di sintomi, che ne rendevano facile la diagnosi; ora riferiremo altre storie di malattie in cui il principale di questi sintomi, cioè il dolore non esisteva, e non si potè giungere a riconoscere l'infiammazione del pericardio fuorchè col metodo dell' esclusione.

(*) Nello stato attuale della scienza abbisogniamo ancora di questa espressione, onde poter comprendere e richiamare alla loro vera cagione queste condizioni morbose sì comuni in cui si manifesta simultaneamente o successivamente un gran numero di disordini organici o dinamici, che sembrano dipendenti da una lesione della innervazione, o dell' ematosi. In simil caso avvi senza dubbio un punto d' origine, ma in che modo si possono determinare i confini della malattia?

ARTICOLO SECONDO

PERICARDITIDI ACUTE SENZA DOLORE, MA CON DISPNEA.

V. OSSERVAZIONE.

Tubercoli polmonari. Respirazione abitualmente poco affannosa. Grande dispnea sopraggiunta d'improviso; morte rapida. Effusione purulenta nel pericardio.

Un calzolaio, di ventotto anni, tossicoloso già da ventidue mesi, quindici giorni avanti il suo ingresso nello spedale ebbe per la prima volta una copiosa espettorazione sanguigna, e quando fu sottoposto alla nostra osservazione al principio del mese di giugno 1824 presentava già tutti i sintomi di una tisi polmonare molto avanzata. La funzione del respiro era sufficientemente libera. Esplorata la regione del cuore collo stetoscopio nulla appariva di abnorme; udivasi un gorgolio in corrispondenza della sommità dei due polmoni; aveva appetito, e le escrezioni alvine erano regolari. Sino al 17 giugno nulla osservammo di nuovo, se si eccettua una leggier diarrea che ricorreva ad intervalli, ed una diminuzione notabile dell' appetito. Ciò non pertanto nel giorno 17 giugno il malato aveva una fisonomia, che mostrava di soffrire più che l' usato; i suoi lineamenti erano sensibilmente alterati; per la prima volta si lagnava di affanno di respiro, ed in fatti parlava con voce alquanto anelante, ed i moti respiratorii erano manifestamente più accelerati; il polso era piccolo ed assai frequente. Collo stetoscopio non si rilevò alcun nuovo sintomo. Nel giorno 18 era nel medesimo stato. Questi nuovi sintomi non potevano forse dipen-

dere da una peripneumonia intercorrente, la quale, a motivo della sua sede, ovvero per la condizione antecedente del polmone, non si appalesava sotto l'ascoltazione? (*salasso di otto once*). — Il sangue estratto dalla vena presentò una cotenna sottile, verdastra. — Nel 19 e nel 20 l'oppressione aumentò d'assai; Lerminier paragonava lo stato dell'infermo a quello che presentano i tisici in cui esiste come complicazione un'affezione organica del cuore. — La faccia appariva leggermente gonfia, le palpebre alquanto infiltrate, le labbra tumide e violacee. Il polso era frequentissimo ed irregolare nella forza de' suoi battiti; di tratto in tratto, ad ogni quindici pulsazioni all'incirca, presentava una ben marcata intermittenza. Sentivansi i movimenti del cuore, ma a piccolissima distanza, e l'estrema loro frequenza ci impediva di ben analizzarli: erano però ugualmente intermittenti come quelli delle arterie (*Vescicanti alle gambe*). — Nel 21 l'irregolarità e l'intermittenza del polso erano ancor più manifeste. — Nel 22 fu preso da ortopnea, da rantolo, e nella sera spirò.

Sezione del cadavere.

Incavature tubercolari nel lobo superiore dei due polmoni; tubercoli migliari negli altri lobi. Era verisimile che, dietro gli osservati sintomi, noi avessimo a trovare qualche alterazione nelle vicinanze del cuore. La sostanza stessa di quest' organo era affetta da leggiere ipertrofia, precisamente alla parte interna del ventricolo sinistro; ma nel pericardio esisteva una raccolta sieroso-purulenta, e le pareti di questo sacco erano sparse di concrezioni membraniformi. — Ritrovammo

pure la membrana mucosa dello stomaco molto iniettata, ed un notabile rossore, senza esulcerazione, nell' intestino crasso, che era anche assai ristretto.

Ecco un caso di pericarditide ben diverso dai precedenti sotto molti rapporti. La malattia si annunciò sulle prime con sintomi molto meno gravi; altro non si osservò che uno straordinario affanno di respiro, e non apparve mai il sintomo del dolore. Nondimeno in pochi giorni vennero in iscena tutti i sintomi, che svelano l'esistenza di un aneurisma al cuore; ma questo aneurisma non poteva essersi formato improvvisamente; come mai adunque per nessun fenomeno esterno si rendette palese dall' epoca dell' ingresso dell'infermo sino al 17 giugno, nel qual intervallo di tempo il polso specialmente si mantenne regolarissimo? L' apertura del cadavere mostrò che infatti i sintomi osservati dopo il 17 giugno non dipendevano già da un aneurisma, ma bensì dalla pericarditide. Questo fatto comprova adunque che si danno in pratica certe forme di infiammazioni del pericardio, che influiscono nei movimenti del cuore in modo da produrre un' alterazione nella circolazione, la quale suscita i medesimi fenomeni che osservansi in un certo periodo degli aneurismi del cuore.

VI. OSSERVAZIONE.

Asma lieve che esiste da molti anni. Improvvisamente viene l'infermo assalito da dispnea estrema, che crescendo sempre in intensità produce la morte per asfissia. Effusione sierosa nel pericardio.

Un sarto di vent' anni godeva abitualmente di una buona salute, non considerando qual stato morboso il lieve affanno di respiro cui andava soggetto da alcuni

anni quando saliva le scale, o faceva una corsa. Da pochi giorni gli era sopraggiunta la tosse, quando, nel 2 marzo 1820, senza una causa conosciuta fu improvvisamente assalito da una grande dispnea; nella stessa sera gli fu fatto un salasso, e nei giorni 3 e 4 l'oppressione aumentò. Nella sera del giorno 5 il malato entrò nello spedale della Carità, ove gli si sottrasse di nuovo sangue mediante un salasso. Nel successivo giorno 6 trovavasi nel seguente stato: faccia tumida e livida; labbra violacee; decombeva sul dorso stando col tronco rialzato, teneva il collo teso, e la testa rivolta all'indietro. Nel decorso di un minuto primo si contarono sessanta cinque inspirazioni, le quali succedevano per il simultaneo sollevamento delle coste, ed un grande abbassamento del diaframma. Il mormorio respiratorio udivasi da pertutto con forza e chiarezza, eccetto però verso l'angolo inferiore dell'omoplata del lato destro, ove sentivasi un legger rantolo mucoso, il quale stava in relazione colla bronchitide che già da alcuni giorni esisteva. Sotto la percussione il petto risonava ovunque normalmente, fuorchè alla regione del cuore ove il suono era ineguale. Il malato non aveva sofferto, e nemmeno attualmente soffriva alcun dolore al torace; l'espettorazione era semplicemente catarrale. I battiti del cuore regolari si diffondevano con legger impulso alla regione dei precordii, e quivi posta la mano, non distinguevasi che una specie di mormorio vago, precisamente nel luogo ove mediante la percussione udivasi un suono ineguale. Il polso era regolare, ma duro, vibrato e di una frequenza proporzionata a quella delle inspirazioni; la pelle era calda e secca; le funzioni digerenti non presentavano cosa degna di rilievo.

Qual' era la causa del vero stato di semi-asfissia in

cui trovavasi l'infermo? Non sembrava che risiedesse nè nelle pleure, nè nel parenchima polmonare, nè nei bronchi. Procedendo per tal modo col metodo dell' esclusione, si giunse a sospettare dell' esistenza di un' affezione del pericardio. Il suono ineguale della regione del cuore, il mormorio che sentivasi applicando la mano in questo luogo, ci indicavano trovarsi un'effusione in quel sacco membranoso (*Terzo salasso; trenta mignatte all' epigastrio, senapismi alle gambe*). Nella sera il malato andò in un profuso generale sudore, dal quale non ne ebbe alcun miglioramento. — Verso la mattina del 7 più imminente era la minaccia di soffocazione, ed il polso ancor duro (*Vescicanti alle cosce, clisteri, purganti*). Morì nella sera, cinque giorni dopo l' invasione della dispnea.

Sezione del cadavere
istituita quattordici ore dopo la morte.

Il pericardio, veduto esternamente, mostravasi assai disteso; conteneva quasi un litro di siero limpido, scolorato, in cui nuotavano alcuni piccoli fiocchi albuminosi. La sua superficie interna non era rossa, nè presentava traccia alcuna di falsa membrana; in una parola, non appariva verun indizio di processo infiammatorio. Le pareti del ventricolo sinistro del cuore erano affette da mediocre ipertrofia; il cuore non offriva alcun' altra lesione. — I bronchi erano generalmente rossi, il parenchima polmonare ed il fegato ingorgati di sangue, il canale digerente iniettato.

Considerato sotto l'aspetto della gran quantità di liquido effuso nel pericardio questo caso ha molta ana-

logia colla già riferita osservazione III; ma in quella l'effusione era formata dal sangue, mentre nella presente osservazione invece è costituita da un siero quasi puro, che sembra essere piuttosto il prodotto di un' esalazione attiva, che non di un' infiammazione propriamente detta. Ma chi potrà determinare i limiti precisi, che a tutto rigore separano queste due affezioni, le quali, in molti casi almeno, altro non pare che siano fuorchè forme diverse di un medesimo fenomeno primitivo? Comunque la cosa sia, si riconobbe l' esistenza di questa effusione dal suono ineguale e dal mormorio particolare, che si comunicava alla mano applicata alla regione del cuore. D'altronde i battiti del cuore e delle arterie conservarono una grande regolarità; il polso si mantenne costantemente duro e vibrante. Ecco varii fenomeni diversi da quelli esposti nella osservazione V; eppure in amendue i casi eravi un medesimo stato d'ipertrofia del cuore. Si sarebbe detto che qui il polso fosse rimasto sotto l'influenza di questa ipertrofia, mentre che nell' osservazione quinta era stato modificato dalla pericarditide. In questo caso parimenti mancava il dolore. Ciò derivò forse perchè qui non si trattava che di un idropericardio? Ma nell' osservazione V era vero pus che conteneva l' involucro del cuore, e la pericarditide era stata ugualmente indolente.

Prima di terminare queste riflessioni faremo riflettere, come circostanza accessoria, che quel lieve principio d' asma che presentava questo soggetto, d' altra causa non era in lui mantenuto fuorchè da una semplice ipertrofia del ventricolo sinistro del cuore, senza alcun ostacolo agli orificii, nè veruna lesione delle parti destre del cuore.

VII. OSSERVAZIONE.

Vaiuolo confluente. Complicazione di pericarditide annunciatasi soltanto con una grande dispnea.

Un giovine di 17 anni entrò nello spedale della Carità nel decorso dell'anno 1818. Era già il terzo giorno dall'eruzione di un vaiuolo ben caratterizzato, che tralasciamo qui di descrivere come cosa ora inutile al nostro scopo. Eranvi pustole dappertutto in gran copia, ma i sintomi mostravansi assai benigni. Sino al settimo giorno l'eruzione progredì benissimo, non disturbata da alcuna complicazione; ma nel momento, che le pustole cominciavano a passare in piena suppurazione, la respirazione divenne improvvisamente affannosa, senza tosse nè espettorazione sanguigna. Nei due successivi giorni l'eruzione restò stazionaria; molte pustole acquistarono un colorito nero, altre si riempirono di una sierosità rossiccia, e negli spazj intermedj comparvero delle petecchie livide; il malato passò rapidamente all'ultimo grado della prostrazione di forze, sebbene la lingua rimanesse umida e bianchiccia; aumentò grandemente la dispnea, e morì al principio del decimo giorno.

Sezione del cadavere.

Non si rinvenne negli organi interni altra lesione notabile fuorchè un' effusione sieroso-purulenta nel pericardio, e inoltre la membrana mucosa dello stomaco verso il fondo era intensamente rossa.

Questa osservazione sebbene incompleta rapporto alla descrizione di molti sintomi, e specialmente di quelli

somministrati dal cuore e dal polso, non è però priva d'interesse a motivo della complicazione di cui offre un esempio. Noi qui riscontriamo un caso di quel vaiuolo detto maligno, i di cui sintomi gravi, e l'esito fatale sono da attribuirsi alla complicazione di un' infiammazione interna. Quando questa infiammazione consiste in una meningitide, in una peripneumonia, in una pleuritide, od in una gastro-enteritide, facile riesce sempre la diagnosi, ed il trattamento antiflogistico adoperato con giusto criterio dà luogo a molte varietà nell' esito della malattia. Ma in questo caso qual sintomo avrebbe potuto rivelare la natura della lesione interna? Il cattivo aspetto che improvvisamente acquistò l' eruzione vaiolosa, le petecchie che si manifestarono, la subitanea prostrazione delle forze, e soprattutto la dispnea, costituivano i fenomeni morbosi di cui era d'uopo penetrarne la cagione. Gli antichi dal complesso di questi sintomi desumevano l' esistenza di ciò che chiamavano vaiuolo putrido o maligno. Avviene senza dubbio in alcuni casi di osservare nel decorso del vaiuolo varj sintomi bizzarri, irregolari, e di cui l' anatomia patologica non può rilevare la cagione; il che forse dipende dal disordine che l'affezione della cute suscita nel sistema nervoso. Lo stesso succede non solo nel vaiuolo, ma in tutti gli esantemi cutanei acuti. Pochi mesi fa, per esempio, noi abbiamo tagliato in compagnia dei dottori Moreau e Fauconneau Dufrène il cadavere di una donna, che in sul principio di un' eruzione di morbillo fu assalita da leggier delirio, e morì improvvisamente, senza che alcun sintomo grave annunciasse l' esito fatale alcune ore prima della sua morte. Alla sezione del cadavere istituita colla massima diligenza ritrovammo tutti gli organi in condizione normale, eccettuàtine i

bronchi, che presentavano un vivo rossore (circostanza che deve esistere in tutti i casi di morbillo). Nel nostro ammalato altro non appariva, come in questa donna, fuorchè un turbamento ed un pervertimento delle funzioni del sistema nervoso, e tanto la dispnea, come il cangiarsi d' aspetto della eruzione potevasi far dipendere dalla modificazione morbosa della innervazione. Noi però eravamo d'opinione che l'estrema prostrazione di forze, in cui cadde l' infermo improvvisamente, non dovesse risguardarsi come reale, per essere avvenuta troppo rapidamente. Traeva essa forse origine dall' invasione di qualche infiammazione interna? Noi inclinavamo ad ammetterla, sebbene ci fosse impossibile di determinarne la sede. Nondimeno sembrava che la dispnea indicasse una lesione qualunque degli organi della respirazione o della circolazione. L' autopsia cadaverica ce ne palesò la cagione in un' infiammazione del pericardio. Esempio si è questo notevolissimo senza dubbio dell' oscurità della diagnosi di questa malattia, dell' influenza, che essa può esercitare sull' eruzione vaiolosa, e finalmente della grande prostrazione di forze, che può improvvisamente cagionare.

Nel caso ora riferito la dispnea è il solo segno che rimaneva come indizio dell' esistenza di un' affezione degli organi del torace: procedendo col metodo dell'esclusione, come superiormente abbiamo già detto, potevasi ancora arrivare a riconoscere, o almeno a sospettare che si trattava di una pericarditide. Ma altri casi si danno in pratica ben più oscuri, in cui non presentasi sensibile alterazione nella funzione del respiro, e sebbene l'affezione abbia sede nel torace, pure non si manifesta per alcun sintomo locale. Noi riferiremo un' osservazione di questo genere raccolta allo

spedale della Carità, e ne aggiungeremo un'altra simile, che trovasi registrata nell' opera di Rostan sull'ammollimento del cervello.

ARTICOLO TERZO

PERICARDITIDI ACUTE SENZA ALCUN SINTOMO CARATTERISTICO.

VIII. OSSERVAZIONE.

Sintomi di meningitide. Infiammazione acuta del pericardio.

Una donna di ventisei anni, madre di due figli, e che recentemente aveva abortito, entrò nello spedale della Carità nei primi mesi dell' anno 1820, ed era in uno stato tale di delirio che non si potè raccogliere notizia alcuna sulle antecedenze della sua malattia. Questo delirio era accompagnato da una ostinata taciturnità; se si interrogava l'ammalata fissava lo sguardo sulle persone astanti senza rispondere; la faccia era pallida; le labbra, separate l'uno dall' altro, e di tempo in tempo agitate da un tremore convulsivo, lasciavano vedere la lingua umida e bianca. Il polso era frequente, piccolo, ma regolare; come pure moderato il calore della pelle (*Mignatte dietro le orecchie*). Nei due successivi giorni lasciava frequentemente cadere la testa all' indietro, ad intervalli alzavasi bruscamente col tronco, e veniva presa da sussulti ai tendini; l'ammalata parla, e sembra che comprenda quanto le si dice; ma le sue parole sono incoerenti. La faccia si mantiene pallidissima: il polso è frequentissimo ed intermittente. — Nel quarto giorno dall'ingresso nello spedale, il delirio non esiste più. L'ammalata d'altro non si lamenta fuorchè di una gran debolezza; i muscoli della faccia sono agitati da

moti convulsivi quasi continui; gli arti superiori di tratto in tratto presentano una rigidezza presso che tetanica. — Nel quinto giorno ritornò il delirio, i lineamenti della fisonomia sono immobili e decomposti; se si sollevano le braccia, cadono per il proprio peso come se fossero paralitiche; nel corso della giornata l'inferma cadde in uno stato comatoso, e nella sera morì.

Sezione del cadavere.

Il cervello, il midollo spinale, e le loro membrane non offrono alcuna alterazione nel colore, nella consistenza, ec. Aperto il canale digerente in tutta la sua lunghezza, vi si riscontrò soltanto una leggiere iniezione in alcuni punti. Tutti gli altri visceri addominali erano alla condizione normale. — Esisteva un ingorgo sanguigno alla parte posteriore de'polmoni. La sostanza del cuore, ed i vasi maggiori non presentarono alcuna alterazione patologica. Ma la superficie interna del pericardio era sparsa di concrezioni albuminose, molte delle quali, a guisa di briglie ancor molli, si estendevano da una superficie all' altra; si rinvennero pure alcune once di siero verdastro, e fioccoso effuso in questa cavità.

In questo ammalato la sede di tutti i sintomi appariva evidentemente nei centri nervosi; ma quivi l' affezione era forse idiopatica, ovvero soltanto simpatica, ed il punto d' origine della malattia, la sua vera cagione non consisteva forse nell' infiammazione del pericardio? Noi sottoponiamo questo fatto alla meditazione dei pratici, sembrandoci curiosissimo, qualunque sia l' interpretazione con cui vogliasi spiegare.

Nell' osservazione pubblicata da Rostan, come in quella ora riferita, trattasi di sintomi cerebrali, per la spiegazione dei quali non si rinviene altra lesione fuorchè la pericarditide; malgrado l' oscurità e la forma insolita de' sintomi di tale infiammazione, pure Rostan ne istituì la diagnosi. Ecco in compendio il fatto: Una donna dopo due giorni di generale malessere fu improvvisamente presa da forte deliquio, all' indomani aveva gli occhi fissi, le palpebre spalancate, la faccia rubiconda, gli arti erano quasi del tutto immobili, e solo pizzicandoli si scuotevano alquanto. Le pulsazioni del cuore e delle arterie erano appena percettibili. Morì nella quarta giornata di malattia, ed alla sezione del cadavere si trovò una effusione di siero sanguigno nella cavità del pericardio, la cui superficie interna era pure coperta di una falsa membrana. Gli altri organi non presentarono alcuna rilevante alterazione (*).

Il fatto registrato nell' osservazione, e quello riferito da Rostan, servono a dimostrare, che in ragione delle disposizioni individuali, la lesione di qualsiasi organo può suscitare sintomi nervosi i più varii, in modo da produrre simpaticamente diverse condizioni morbose, che credonsi derivare da una lesione idiopatica dei centri nervosi, e delle loro dipendenze. Si disse con ragione, che più di frequente di ogni altro organo l' infiammazione del canale digerente reagisce sul cervello, dando origine a sintomi di aracnoitide, o di encefalitide. Ma non è meno vero, come lo dimostrò ad evidenza il celebre Boisseau, che le flogosi di altri organi possono ugualmente suscitare, mediante la loro

(*) Rostan, Ricerche intorno l' ammollimento del cervello.

influenza simpatica sul cervello, quel complesso di sintomi che costituiscono la febbre detta atassica (*).

(*) Le addotte osservazioni possono dare un' idea della grande varietà dei sintomi, che accompagnano la pericarditide acuta. In un medesimo individuo si può riscontrare un dolor vivo alla regione del cuore, un suono in questo medesimo luogo, una considerevole dispnea, una grande celerità ed irregolarità nelle pulsazioni del cuore e delle arterie, una forza insolita nei battiti del cuore, mentre quelli delle arterie sono all' opposto debolissimi e sincopali; mancano in pari tempo indizii di malattie dei polmoni o delle pleure; in simil caso la diagnosi è molto facile. Ma la maggior parte di questi sintomi possono mancare, o mostrarsi isolati gli uni dagli altri. Così pure vi sono delle pericarditidi acute senza dolore, o che presentano un dolore lievissimo, il quale ora parte da un luogo distante dal cuore, ed ora è intermittente. Altre pericarditidi si danno in cui i battiti del cuore non sono nè più forti, nè più deboli dello stato ordinario, e soltanto appaiono più o meno frequenti. Il polso ora è estremamente piccolo, ora presenta una durezza insolita, ora è irregolare, ed ora conserva il suo ritmo normale. Il criterio del suono può mancare, poichè questo dipende dall'effusione che siasi formata nel pericardio, e può sopraggiungere la morte, od ottenersi la guarigione, prima che avvenga l'effusione medesima. Riguardo alla dispnea, è questa talvolta il solo sintomo cagionato dalla pericarditide; ma essa pure può in alcuni casi mancare, e si osservarono in pratica essempli, in cui sino alla morte la respirazione si mantenne perfettamente libera, e nessun dolore si sviluppò alla regione precordiale; eppure alla sezione del cadavere si riscontrò la pericarditide con produzione di pseudomembrane recenti, o con effusione di pus. In altre circostanze la dispnea coincide coi sintomi della peripneumonia, o della pleuritide; e se il malato non accusa alcun dolore alla regione del cuore, altro segno non rimane per riconoscere la pericarditide fuorchè il criterio del suono di questa parte. Ma, oltre che tale indizio può non di rado mancare, perde molto del suo valore, se contemporaneamente esiste al lato sinistro uno spandimento sieroso o purulento nella pleura, od una peripneumonia.

CAPITOLO SECONDO

OSSERVAZIONI INTORNO LA PERICARDITIDE CRONICA.

IV. Nell' articolo precedente abbiamo veduto quanto siano variabili e soventi oscuri i sintomi dell' infiammazione acuta del pericardio. L' infiammazione cronica poi di questo sacco membranoso presentasi in alcuni casi sotto tale forma da dare origine alla maggior parte dei sintomi generali che caratterizzano un' affezione organica del cuore, e specialmente all' idropisia. Le seguenti osservazioni si riferiscono a' casi di questo genere.

IX. OSSERVAZIONE.

False membrane assai fitte, che circondano il cuore.
Sintomi d' aneurisma.

Un muratore di venticinque anni, del Limosino, si conservò in buona salute sino al mese di decembre, 1823; a quell' epoca fu preso da costipazione, che di giorno in giorno facevasi più molesta. Nel mese di gennaio, 1824, incominciò a soffrire difficoltà di respiro; si manifestò l' edema alle estremità inferiori, ed in seguito anche l' ascite. Verso la fine di febbraio dello stesso anno entrò nello spedale della Carità, ove al nostro esame presentò i seguenti sintomi: Colorito livido della faccia; labbra violacee; infiltrazione delle membra inferiori; ascite; respiro breve, frequente; rantolo umido ai bronchi, ed in diversi punti del torace; sotto la percussione il petto risuona normalmente in ogni sua parte; frequente era la tosse con espettorazione mu-

cosa; i battiti del cuore nulla presentano di insolito rapporto alla loro forza ed estensione; ma sono intermittenti a guisa delle pulsazioni arteriose, le quali inoltre mostransi poco sviluppate. Il malato non soffrì giammai dolore alcuno alla regione dei precordii. La lingua è allo stato normale, l' appetito buono; per l' introduzione degli alimenti nello stomaco immediatamente aumenta la dispnea; già da tre mesi soffre un' abituale diarrea. L' orina piuttosto scarsa presenta un sedimento rossiccio. La pelle è costantemente secca.

Cadde qui naturalmente il sospetto di un' affezione organica del cuore; sembrava che l' intermittenza del polso indicasse l' esistenza di un ostacolo all' origine dell' aorta, una malattia delle valvule, congiunta verisimilmente ad una dilatazione delle cavità del cuore. Queste alterazioni furono, infatti, da noi rinvenute in altri ammalati, che presentavano il medesimo complesso di sintomi, tanto locali, come generali (*Vescicanti alle gambe*; *frizioni con un miscuglio di vino scillitico, e di spirito di vino canforato*; *fumigazioni di ginepro*; *due pinte di decotto di asparagi con aggiunta di quattro once di siroppo delle cinque radici, e di due once di miele scillitico. Giuleppo alla sera*).

Nei giorni seguenti evacuò gran copia d' orina limpida, e quindi la respirazione si fece più libera, e diminuì l' idropisia.

Nel giorno 5 di marzo, l'infermo trovavasi aggravato senza una manifesta cagione; la mano destra erasi gonfiata per la prima volta; l' affanno di respiro rendeva impossibile il decubito orizzontale, e l' ammalato era costretto a stare quasi assiso nel suo letto. Il polso era piccolissimo, ed assai irregolare; sussisteva tuttora la diarrea, ma senza dolore (*Due vescicanti alle cosce*).

Nei cinque giorni successivi il malato non peggiorò, nè presentò alcun altro nuovo sintomo, e nel giorno 10 marzo, morì improvvisamente.

Sezione del cadavere.

Le due lamine del pericardio sono intimamente unite in tutta la loro estensione per mezzo di strati membraniformi dello spessore di un pollice, ed inviluppano il cuore a guisa di una specie di guscio; sono questi solidi come la fibrina, che sia rimasta per lungo tempo nei sacchi d'aneurisma, ed al pari della medesima sono pallidi, e bianchi esternamente, rossicci in vicinanza del cuore, dove assomigliano alla carne. — Il cuore ed i vasi maggiori sono allo stato normale. I polmoni presentano alterazioni di cui abbiamo già altrove fatto cenno, e che qui non importa di ripetere. — La superficie interna dello stomaco è sparsa di punti rossi. Le intestina sono generalmente injettate in tutta la loro estensione; la membrana mucosa dell' intestino crasso è ammollita. Il fegato, e la milza sono ingorgati di sangue come pure tutte le vene addominali. Il fegato ed il diaframma stanno tra loro uniti per antiche aderenze cellulari. Il cervello, e le sue dipendenze presentano un pallore che contrasta collo stato di generale iniezione degli altri organi. I ventricoli cerebrali non contengono che pochissima sierosità.

Per qual sintomo potevasi in questo ammalato riconoscere l' esistenza di una pericarditide cronica? Sembra che questa infiammazione abbia incominciato in modo lento e latente, giacchè nessun dolore, nè veruno stadio acuto ne indicò l' invasione. D' altronde il de-

corso della malattia, i sintomi che esistevano, e specialmente lo stato della respirazione, l'infiltrazione delle membra, l'ascite, l'intermittenza del polso, costituivano un complesso di fenomeni dai quali sembrava doversi ragionevolmente desumere, che si trattasse di un'affezione organica del cuore. In verità, l'applicazione della mano alla regione dei precordii, e l'esplorazione collo stetoscopio altro non scoprivano di insolito fuorchè l'irregolarità delle pulsazioni del cuore. Ma vedremo in appresso, che in molti casi d'affezione organica del cuore, nessun sintomo locale ne svela l'esistenza. Qui, però, la sostanza del cuore non era alterata; ma sembrava, che quest'organo fosse stato come compresso, ed impedito ne' suoi liberi movimenti dall'involucro denso e solido, che lo circondava in ogni sua parte; da ciò ne venne che la circolazione polmonare si operava con difficoltà, e quindi ne nasceva la dispnea; per questo stesso motivo si frapponeva un ostacolo al libero riflusso del sangue dalle vene cave, e per conseguenza ne nacque l'idropisia. Tutti i fenomeni pertanto, che risultano da un aneurisma del cuore furono qui prodotti da false membrane, che circondavano quest'organo.

X. OSSERVAZIONE.

False membrane molto compatte, che circondano il cuore. Idropisia; frequenza estrema del polso. Pericarditide riconosciuta durante la vita.

Un uomo, della stessa età del precedente, aveva sempre goduto ottima salute, quando nel mese d'aprile, 1825, improvvisamente fu assalito da violenti palpitazioni di cuore con dispnea e febbre. Ammesso da pri-

ma allo spedale dell' *Hôtel-Dieu*, nelle sale del dottore Husson, gli si fecero varii salassi, e sotto il trattamento prescritto da questo onorevole e dotto pratico cessarono le palpitazioni, diminuì considerevolmente l' affanno di respiro, ed il malato, trovandosi molto sollevato, volle abbandonare l' ospedale, malgrado i consigli del medico, che lo credeva non ancor ridotto a perfetta guarigione. Tale fu il racconto fattoci da questo individuo, quando entrò nello spedale della Carità, qualche tempo dopo la sua uscita dall' *Hôtel-Dieu*. A quell' epoca non soffriva più palpitazioni di cuore; poteva coricarsi in tutte le posizioni; applicando la mano e l' orecchio alla regione dei precordii altro non riscontravasi che una estrema frequenza dei battiti del cuore. In tutta la periferia toracica udivasi il mormorio respiratorio con forza e chiarezza. Il polso, sebbene regolare e della ordinaria forza, era però frequente a segno da dare *cento quaranta* pulsazioni per ogni minuto primo. D' altronde la temperatura della cute non era accresciuta più dell' usato, per cui, volendo parlare con precisione, non eravi febbre. Alle estremità inferiori appariva un principio di edema. Niun disordine notabile presentavano le funzioni delle vie digerenti, non che gli altri organi.

Il più manifesto fenomeno morboso che offriva questo individuo era l' estrema frequenza del polso. Questo segno unitamente alla considerazione del decorso della malattia e de' suoi altri sintomi, ci indusse a sospettare dell' esistenza d' una pericarditide, sebbene non fosse mai insorto alcun dolore alla regione precordiale. Le sottrazioni sanguigne non ci sembrarono più indicate: Lerminier prescrisse l' applicazione di *vescicanti alle gambe*, *la tisana di gramigna nitrata*, *quattro grani di*

polvere di digitale divisa in due pillole. Nei giorni successivi la dose di questo ultimo farmaco fu aumentata sino a dodici grani da prendersi nel corso delle ventiquattro ore; la frequenza del polso non diminuì, nè aumentò la secrezione dell' orina, ma invece sopraggiunse il vomito, che ci obbligò di sospendere l'uso di questa pianta.

Nondimeno l' infiltrazione delle membra inferiori faceva progressi, ed in breve videsi gonfiare anche l' addome (*Fumigazioni di bacche di ginepro; frizioni alle membra con parti uguali di vino scillitico, e di tintura di digitale*). Nei giorni successivi la gonfiezza si estese anche alla faccia; la respirazione, che sin allora era rimasta sufficientemente libera, divenne affannosa, e la voce del malato era anelante come nelle affezioni organiche del cuore; il polso si mantenne sempre ugualmente frequente; l'ascite aumentava di giorno in giorno. Tale era lo stato deplorabile di questo infermo, quando un giorno, percuotendo il torace, udimmo un suono ineguale nella parte posteriore del lato destro del petto; ed in tutta questa estensione non sentivasi il mormorio respiratorio; ciò nondimeno il suono della voce era ancora allo stato normale. Passarono alcuni giorni senza notabile cangiamento nella condizione del malato; ma poco dopo si manifestarono sintomi di effusione sierosa nella pleura sinistra. Da questo momento le forze dell' infermo declinarono rapidamente; i suoi lineamenti si alterarono sempre più; finalmente sopraggiunse un' abbondante diarrea, e morì pochi giorni dopo la comparsa di quest' ultima complicazione.

Sezione del cadavere.

Aderenza tra le due lamine del pericardio; false membrane intorno al cuore, che formano, come nel caso precedente, un involucro dello spessore di un pollice e più; nella di lui parte media trovansi varii piccoli corpi biancastri di forma irregolare; alcuni dei quali ancor liquidi rassomigliano al pus mentre gli altri, più solidi e friabili, hanno l' aspetto dei tubercoli. Niuna alterazione nella sostanza del cuore. La cavità della pleura sinistra è riempita di un fluido sieroso-purulento. Le pleure, costale e polmonare, del lato destro sono tra di loro congiunte per mezzo di pseudo-membrane, miste ad una quantità di tubercoli simili a quelli del pericardio. — Abbondante effusione sierosa nel peritoneo; moltissime macchie rosse sparse sulla superficie interna dell' intestino ceco, e delle tre porzioni del colon.

Varie riflessioni ci rimangono di fare intorno a questa malattia, che presenta due periodi distinti. Da principio l' infiammazione del pericardio non produsse altri fenomeni fuorchè quelli, che risultano dall' irritazione simpatica del cuore; dal che derivarono le violenti palpitazioni, e la dispnea. Rilevasi da ciò come alcune palpitazioni di cuore possono venir cagionate da un affezione del pericardio. Mancava nondimeno il dolore. Col progredire del tempo, e mediante un trattamento antiflogistico ben diretto, si superò lo stadio acuto della pericarditide, ed in allora cessarono le palpitazioni, e la respirazione si fece più libera. La malattia però non era ancor vinta, ma soltanto passò allo stadio cronico, e

con questo incominciò il secondo periodo. Le false membrane, che furono il prodotto di una secrezione del sacco del pericardio, ingrossandosi sempre più, diedero origine ad una specie di involucro, che frapponeva ostacolo ai liberi movimenti del cuore, e per questo motivo si manifestarono molti sintomi caratteristici dell' aneurisma di questo organo. Riguardo ai sintomi locali, essi sono nulli; l' ascoltazione non somministra che indizii negativi. Ma in pari tempo osservavasi un notabile fenomeno, e sempre costante; consisteva questo in un' estrema frequenza del polso, che diminuiva sotto l' uso della digitale. La pleuritide del lato sinistro, che manifestossi negli ultimi giorni, non aveva per sintomo il dolore; e sembrava invece, che avesse contribuito ad accrescere la prostrazione delle forze, la quale giunse all' ultimo grado per l' invasione di un nuovo processo infiammatorio all' intestino colon; e pare, che per questa ultima affezione, che in altre circostanze sarebbe stata di poca importanza, il malato abbia dovuto più sollecitamente soccombere.

Se paragoniamo questo infermo a quello che forma il soggetto dell' osservazione IX, vi ritroviamo alcuni tratti di somiglianza, cioè: 1.° una identica alterazione del pericardio: 2.° lo stesso stato di infiltrazione, ed altri sintomi, che ordinariamente caratterizzano un'affezione organica del cuore. Ma uguale non fu il cominciamento delle due malattie: qui avvi un periodo acuto, che manca nell' individuo dell' osservazione IX. In quest' ultimo il polso si avvicina maggiormente a quello delle malattie del cuore, essendo irregolare ed intermittente. Nel soggetto dell'osservazione X rilevasi una frequenza di polso, che non appartiene già alle affe-

zioni organiche del cuore, e che ci conduce a riconoscere la pericarditide. Ma come mai, essendo in questi due individui uguale l' alterazione del pericardio, le pulsazioni delle arterie sono sì diverse? Assai difficile e forse impossibile si è la spiegazione di questo fenomeno, ed è lo stesso come dimandare il motivo per cui essendo due individui affetti di infiammazione alle meningi nello stesso grado, e nel medesimo punto, in uno avvi uno stato comatoso, e nell' altro l' affezione manifestasi sotto la forma delle convulsioni. Finalmente sembra che nel soggetto dell'osservazione IX la morte debbasi attribuire all' affezione stessa del pericardio; mentre nell'individuo dell'osservazione X dipende dalla simultanea infiammazione intercorrente della pleura sinistra, e dell' intestino crasso.

V. Noi abbiamo osservato due casi in cui la pericarditide cronica determinò sintomi identici a quelli di un' affezione organica del cuore. Ma non di rado può essa esistere senza produrre nè questi nè altri sintomi; di modo che durante la vita niun indizio avvi, che ci induca a sospettare dell' esistenza di un' affezione del cuore o delle sue dipendenze, la quale soltanto viene riconosciuta dopo la morte. Lo stesso avvenne in più d' un caso ove nella cavità del pericardio si svilupparono varie produzioni accidentali. Un taglia-pietra, dell' età di trentatrè anni, del quale altrove (*) riferiremo più minutamente la storia, morì in conseguenza di un' epatitide cronica con infiammazione del peritoneo. Durante la vita non si manifestò alcun fenomeno morboso al torace. La respirazione ci parve costantemente libera, e sembrava

(*) Quando tratteremo delle malattie del fegato.

che i battiti del cuore fossero sempre nello stato normale. Eppure alla sezione cadaverica ritrovammo alla parete esterna del ventricolo destro, in corrispondenza dell' apice, sino all' unione di questo ventricolo coll' orecchietta, un tumore irregolarmente rotondo, del volume di un grosso uovo di gallina, posto fra la sostanza stessa del cuore, che erasi conservata intatta, e la lamina del pericardio, che investe il cuore, la quale veniva da questo tumore alquanto rialzata. Era desso costituito da un tessuto bianchiccio, duro, disseminato di alcuni vasellini, senza apparenza di fibra (materia encefaloide allo stato di crudezza). Il cuore ed il pericardio non presentavano altra alterazione.

SEZIONE SECONDA

OSSERVAZIONI INTORNO LE MALATTIE DELLA SOSTANZA CARNEA DEL CUORE E DELLA SUA MEMBRANA INTERNA.

VI. Noi comprendiamo in questa sezione diverse alterazioni di tessitura, da cui risulta una sproporzione nella capacità delle quattro cavità del cuore, tanto tra di loro, come relativamente ai vasi che mettono foce in quest'organo, o che ne escono. Queste alterazioni sono numerose, e si possono dividere in tre classi: nella prima avvi diminuzione di capacità di una, o di varie cavità; nella seconda, al contrario, esiste una dilatazione delle cavità stesse. In ambedue i casi le pareti di esse sono o più grosse, e più fitte, ovvero più sottili, e per conseguenza la loro contrazione è o più energica, o più debole. Nella terza classe finalmente annoveriamo quelle alterazioni del cuore in cui trovasi aumento di spessore delle pareti delle cavità, conservando però queste la normale loro capacità. Da tali diverse maniere di alterazione, e dalla loro sede nelle varie parti del cuore, ne risultano diversi sintomi, che, fatta astrazione dai sintomi locali prodotti dalle contrazioni insolite del cuore, possono riferirsi alla modificazione avvenuta: 1.° nella circolazione polmonare tanto arteriosa, come venosa: 2.° nella circolazione venosa generale: 3.° nella circolazione aortica.

Prima di esporre i sintomi che si manifestano nel corso delle malattie organiche del cuore, tratteremo dei fenomeni variabili che ne indicano il cominciamento, e delle lesioni diverse che questi sintomi annun-

ciano. Supporremo che i nostri lettori conoscano l'anatomia patologica di queste alterazioni; quindi non ne tratteremo, nulla potendosi dire di nuovo intorno a questo argomento dopo le eccellenti descrizioni lasciateci da Lancisi, da Senac, da Corvisart, da Laennec, da Bertin, e da Bouillaud (3).

CAPITOLO PRIMO

LESIONI CHE ACCOMPAGNANO LE MALATTIE DEL CUORE NEL PRIMO LORO SVILUPPO, SINTOMI DI QUESTE LESIONI.

VII. Sembra che un certo numero d'ipertrofie delle pareti del cuore, con o senza modificazione della capacità delle sue cavità, tragga origine da un'infiammazione, acuta o cronica, del pericardio, o della membrana interna del cuore, oppure dell'aorta. Ecco su questo proposito il complesso delle nostre osservazioni.

VIII. Alcune persone, le quali avevano per l'addietro sempre goduto ottima salute, e che in particolare non presentarono mai alcun sintomo, che dasse luogo a temere del futuro sviluppo di una malattia del cuore, furono improvvisamente assalite da un dolore vivo, lacerante, in corrispondenza della regione dei precordii; soffrono esse violenti palpitazioni di cuore, la respirazione diventa affannosissima, cadono in una repentina prostrazione di forze, e per molti giorni sono obbligati al letto: in appresso questi gravi sintomi vanno diminuendo; scompare il dolore; la respirazione si fa più libera, le forze depresse si rialzano. Ciò nondimeno tali individui non ricuperano la loro primiera salute;

soffrono abitualmente, difficoltà di respiro, che sovventi è preceduta o accompagnata dal ridestarsi del dolore ai precordii. Se fanno una rapida corsa, se stanno lungamente in piedi, con facilità si gonfiano i malleoli. Questi diversi sintomi crescono sempre più in intensità, e finalmente l'esistenza di un aneurisma rendesi manifesta.

In qual modo noi interpreteremo questa successione di fenomeni? A qual causa organica attribuiremo il rapido e grave incominciamento della malattia? Per verità, il complesso dei sintomi, che si manifestarono all'epoca dell'invasione di questa affezione, indica trattarsi di una pericarditide. Quando i muscoli della vita organica sono in contatto con una membrana infiammata (mucosa, o sierosa che sia) avvi in essi una manifesta tendenza ad una nutrizione più attiva, a formarsi una vera ipertrofia. Questo fenomeno manifestamente osservasi nella membrana muscolare dello stomaco, delle intestina, della vescica, quando è affetta di infiammazione cronica la loro membrana mucosa. Per analogia devesi ammettere che l'infiammazione della membrana, che serve d'involucro al cuore, abbia a produrre in questo muscolo un effetto analogo. Nel caso adunque che la pericarditide in origine acuta sia passata allo stato cronico, oppure, sebbene perfettamente risolta, abbia attivata più del consueto la nutrizione del cuore, le pareti di quest'organo dovrebbero sempre tendere all'ipertrofia, e fa veramente meraviglia il vedere come non avvenga costantemente un aumento di spessore in conseguenza di tutte le pericarditidi.

Un uomo di età media andava sottoposto già da lungo tempo a dolori reumatici, che con somma facilità

vagavano da una parte all' altra dell' organismo. D' improvviso scomparvero quei dolori, che avevano sede ai lombi, e nelle diverse parti delle membra, e contemporaneamente si manifestò alla regione del cuore un atroce dolore, accompagnato da altri sintomi, che furono annoverati nel precedente paragrafo. Dopo alcuni mesi questo ammalato fu ricoverato nello spedale della Carità, ed al nostro esame ci presentò tutti i segni caratteristici d'una ipertrofia generale del cuore, con dilatazione delle sue cavità, ed in conseguenza di tale affezione dovette soccombere. Alla sezione anatomica si ritrovò la predetta lesione organica del cuore; i suoi orifizii erano liberi, ma *varie aderenze cellulari univano tra di loro le due lamine del pericardio.*

IX. Se adunque una pericarditide può costituire il punto d' origine d'un certo numero d'affezioni organiche del cuore (e questo sembrami un fatto incontrastabile) non si avrà difficoltà di ammettere, che altre ipertrofie del cuore riconoscono per cagione primitiva una infiammazione della membrana che ricopre la superficie interna dei ventricoli e delle orecchiette, e che da queste cavità si propaga alle arterie ed alle vene. I fatti che ora sto per riferire persuadono non essere questa una semplice congettura.

In molti infermi affetti già da lungo tempo da varie malattie organiche del cuore con sintomi ben chiari, avemmo occasione di vedere insorgere improvvisamente accidenti singolari; i battiti del cuore si succedevano in un modo più tumultuario dell' usato; il polso presentava diverse modificazioni, ora era piccolissimo ed irregolare, ora duro, vibrante, ed in questo ultimo caso facevasi meno irregolare. La respirazione rendevasi affannosa, l'ansietà generale giungeva al più alto grado,

ed alla regione del cuore talvolta manifestavasi un dolore più, o meno vivo; in alcuni questi sintomi scomparirono dopo essere stati permanenti per molti giorni, in altri sempre più aggravarono, ed alla fine cagionarono la morte. In questo ultimo caso trovammo, alla sezione dei cadaveri, tracce non dubbie di infiammazione alla superficie interna delle cavità del cuore, e dei grossi vasi. Questa infiammazione era indicata, 1.° da un rossore più o meno vivo della superficie medesima; 2.° da distintissima tumefazione di quelle parti della membrana interna, che costituiscono le diverse valvole degli orificii auricolo-ventricolari, ed arteriosi; 3.° dalla facilità con cui talvolta abbiamo potuto distaccare estesi lembi di questa stessa membrana dalle pareti della cavità del cuore; 4.° in alcuni casi da un considerevole ammollimento, da un estrema friabilità della stessa sostanza carnea del cuore che era molto rossa, ingorgata di sangue, e partecipava dell'infiammazione della membrana interna.

Fra questi diversi caratteri di infiammazione il primo soltanto può andar soggetto a qualche obbiezione. Altrove abbiamo esposto i motivi, che ci persuadono a risguardare come dipendenti da infiammazione le alterazioni del cuore in rosso o in bruno, che osservansi nell' interno del cuore, o dei vasi sanguigni. In aggiunta qui riferiremo, qual novella prova della verità della nostra proposizione, che in alcuni cavalli aperti immediatamente dopo essere stati uccisi, ritrovammo nella superficie interna del cuore, delle arterie e delle vene, le stesse gradazioni di colorito da noi riscontrate nell'uomo affetto da un processo infiammatorio a quelle parti. Questo fenomeno non poteva in simil caso essere prodotto da inzuppamento cadaverico. Richiamare inoltre qui

giova alla memoria, che più d'una volta abbiamo visto l'aorta rossa soltanto intorno alle esulcerazioni, cioè nei punti ove non può mettersi in dubbio l'esistenza di un processo infiammatorio.

Sembra dunque che l'infiammazione acuta della superficie interna del cuore e dei vasi maggiori sia la cagione, almeno in alcuni casi, dei sintomi superiormente menzionati. Questi sintomi poi sono precisamente quelli stessi che si manifestano in varii individui al principio di un' affezione organica del cuore. Ne viene da ciò per necessaria conseguenza (il che già potevasi a *priori* asserire) che sotto l'influenza di una carditide interna, la sostanza carnea del cuore stesso, consecutivamente o simultaneamente irritata, può andar soggetta all'ipertrofia, nella stessa guisa che nella gastritide ingrossa, e diviene più fitta la membrana muscolare dello stomaco. Ma questa ipertrofia del cuore non dipende soltanto dall'irritazione, che fu communicata alla sostanza carnea di tal viscere per la flogosi della sua membrana interna. Se quest' ultima infiammazione passa allo stadio cronico, la membrana stessa aumenta sempre più di volume e di spessore, specialmente ove forma delle duplicature per costituire le valvole dei diversi orificii del cuore; poichè osservasi in patologia una specie di legge costante, ed è che la periferia degli orificii di communicazione colle diverse cavità del corpo, va più facilmente soggetta e con maggiore intensità alle infiammazioni croniche, che non gli altri punti delle cavità medesime. In questa circostanza trovansi il piloro, il punto di unione dell' intestino ileo coll' intestino ceco, il collo della vescica ecc. Non solo questa membrana si indurisce, ma eziandio si formano nella medesima morbose vegetazioni, e degenerazioni

d' indole varia. Induriscono pure le parti del tessuto fibroso, che essa ricopre; ed ivi, come in tutti quei punti ove si estese il processo infiammatorio, questo tessuto tende a passare allo stato cartilagineo ed osseo. Tutte queste alterazioni producono uno stringimento dei varii orificii del cuore, che si oppone alla libera azione delle valvole, e per conseguenza interrompe, o disturba la circolazione del sangue; da ciò ne viene, che i lacerti muscolari del cuore fanno sforzi maggiori, ed in conseguenza di questo eccesso d' azione succede una più attiva nutrizione, l' ipertrofia.

La flogosi della membrana interna del cuore può a guisa di tutte le altre infiammazioni, assumere sino da principio un decorso cronico, ed in tal caso soventi non possiamo accorgerci dell' incominciamento della malattia, la quale non si appalesa se non quando l' ipertrofia del cuore siasi già formata. Ma il diverso modo di decorrere di una malattia non ne cangia la natura. Nel caso pertanto, in cui le variabili alterazioni della membrana interna del cuore siano precedute nella loro formazione da sintomi manifesti d' infiammazione, come nell' altra circostanza in cui tali sintomi siano latenti, sembra, che la causa e l'origine delle suddette alterazioni non possano considerarsi come differenti. Per la stessa ragione niuno v'ha, che consideri di diversa natura due effusioni pleuritiche, per essere stata una di esse preceduta, od accompagnata da dolore, da dispnea e da febbre, mentre che l' altra rimase costantemente indolente, e non cagionò alcun considerevole disordine nella funzione del respiro, e nella circolazione sanguigna. Così pure una gastritide acutissima, cagionata da veleni corrosivi, e quella che lentamente producesi dall' abuso giornaliero dei liquori spiritosi, presentano sin-

tomi ben diversi, quantunque in essenza non sieno che la stessa malattia.

Se poi, lasciando da parte l' esame dei sintomi, ricorriamo alla semplice ispezione anatomica, ritroveremo altre prove in appoggio di questa nostra opinione. E per verità, la ristrettezza dei diversi orificii del cuore soventi dipende dall'esservi sulle valvole alcune fungosità, o vegetazioni rosse o bigie, dure o molli, che hanno una perfetta somiglianza con quelle che produce in altri organi un manifesto processo infiammatorio. Quando al di sotto della membrana, che forma le valvole, esistono produzioni cartilaginee od ossee, la membrana stessa è soventi rossa, livida, friabile, tumida; ed in pari tempo molti punti della rimanente membrana, che investe le cavità del cuore e dei vasi, sono non di rado notabilmente induriti; e quindi ne risultano delle chiazze, o macchie bianche sparse sulla superficie interna delle cavità del cuore; ed in altri casi, sebbene meno frequentemente, è dessa disseminata di esulcerazioni di varia forma e grandezza. Avemmo noi l'opportunità di esaminare una donna, fra le altre, la quale sopra le valvole aortiche aveva un tumore fongoideo, simile per la sua disposizione a foggia di granulazione, a certe vegetazioni sifilitiche dei contorni dell' ano, indicate comunemente colla denominazione di *Framboesiae*; in questa stessa donna molti lacerti carnei del ventricolo sinistro erano sparsi di piccole ulcere rotonde, dal cui fondo scorgevasi la sostanza carnea rossa, ed ammollita. In questo caso l' ammollimento era limitato alla superficie del fondo dell' ulcera; ma in un altro individuo questa alterazione estendevasi più profondamente, cioè, interessava tutto lo spessore della parete, nello spazio però soltanto dell' esulcerazione della membrana interna.

L'ammollimento in una di queste persone era tale, che premendo leggermente col dito si trapassava la parete del cuore da una parte all'altra. Io sono d'avviso, che alcune rotture del cuore avvengano in conseguenza di simile ammollimento ed esulcerazione. Chi non vede la perfetta analogia, che esiste tra questa specie di perforazione, e quella a cui vanno soggetti altri tessuti muscoloso-membranosi?

Un gran numero pertanto di stringimenti dei diversi orificii del cuore, siano essi prodotti da vegetazioni, che coprono la membrana, ovvero da concrezioni cartilaginee, od ossee, che la sollevano, dipendono in origine da un'infiammazione acuta o cronica della membrana, che veste la cavità del cuore.

Sembra che questa infiammazione sia la causa primaria di molti aneurismi del cuore, cagionando o una semplice irritazione della sostanza di questo viscere, o stringimenti d'orifizii, o alterazioni nella tessitura delle valvole, in modo da disturbarne i loro movimenti.

X. In alcuni casi d'aneurisma del cuore trovansi liberi i suoi orificii, e niuna traccia d'infiammazione antica o recente esiste alla superficie interna delle sue diverse cavità, nè nell'involucro esterno. Ma l'aorta è più o meno gravemente alterata, e la sua superficie interna non è più bianca e levigata come nello stato sano, ma presenta invece un colorito rossiccio, sotto l'aspetto di macchie, o di strisce irregolari. Produzioni morbose di varie forme esistono fra la membrana media e l'interna; quest'ultima viene da esse più o meno rialzata e non di rado eziandio distrutta. Fra questi prodotti ritrovasi del vero pus, o liquido, più o meno concreto, formando dei piccoli ascessi al di sotto della membrana interna. Frequentemente ancora invece di

tali focolai purulenti osservasi una materia cretacea, terrosa, che si solidifica sempre più giungendo fino alla consistenza di una concrezione ossea; in altri casi si generano certe specie di fungosità, che presentano talvolta molti caratteri del tessuto encefaloide. Ognuna di queste alterazioni è spessissimo accompagnata da numerose esulcerazioni, che dalla membrana interna si estendono più o meno alle membrane sottoposte; e qui pure avviene come nella flogosi del cuore, che l'infiammazione della membrana interna lascia di rado intatta la vicina membrana fibrosa, che corrisponde al tessuto carneo del cuore; questa stessa membrana si fa talvolta molle e friabile, perde la principale delle sue proprietà caratteristiche, cioè l'elasticità; ora, a guisa della sostanza muscolare del cuore, viene affetta da ipertrofia, e contemporaneamente il lume dell'arteria aumenta di calibro. Combinandosi assai di frequente queste differenti alterazioni dell'aorta coi diversi gradi d'ipertrofia del cuore, sembra che a vicenda contribuiscano alla loro genesi.

Da questi fatti ci crediamo in diritto di dedurne i seguenti corollarii.

1.° Un gran numero di stringimenti dei diversi orifizii del cuore sono in origine cagionati da un'infiammazione acuta o cronica della membrana aderente alle cavità di quest'organo.

2.° Questa stessa infiammazione è l'origine e la causa primitiva di molti aneurismi del cuore.

3.° Un gran numero di produzioni cartilaginee ed ossee dell'aorta, e molte alterazioni cui va soggetta la membrana media di essa, tanto nella sua tessitura organica, come nelle sue proprietà, sono il prodotto di un'arteritide.

4.° È molto verisimile che queste diverse lesioni dell' aorta contribuiscano grandemente alla formazione degli aneurismi del cuore.

XI. Avvertiamo qui il lettore di non estendere questa nostra opinione al di là dei limiti in cui intendiamo di circoscriverla. Abbiamo superiormente comprovato che un processo infiammatorio è la causa frequente delle ossificazioni della membrana interna del cuore e delle arterie. In appoggio di questa opinione, già emessa da autori commendevolissimi, sta pure l'analogia, la quale mostra, che un non dubbio processo infiammatorio sviluppatosi in altri organi non di rado precede l' ossificazione accidentale dei medesimi (4). Ma noi non abbiamo asserito, che lo stesso avvenga in tutte le ossificazioni; che anzi siamo d' avviso, che nella vecchiaia la nutrizione di molti tessuti fibrosi o cartilaginei può venire per tal maniera modificata, che, senza incremento di congestione sanguigna, quei tessuti induriscano maggiormente, e si ossifichino. Così pure in conseguenza del solo avanzamento d' età, le cartilagini delle coste e della laringe si fanno ossee, e senza previo processo infiammatorio può parimenti avvenire, che il fosfato calcare si deponga nell' interno del cuore e delle arterie. Nei vecchi poi in gran copia si raccoglie talvolta il fosfato calcare intorno agli orificii del cuore senza che soventi si manifesti alcuno dei sintomi, che ordinariamente caratterizzano le affezioni organiche di questo viscere. Una donna, fra le altre, dell' età di settantatrè anni, aveva le valvole aortiche per tal modo circondate di fosfato calcare, che due di esse non si potevano più abbassare, per cui ne risultava uno stringimento estremo dell'orificio aortico. Altre incrostazioni esistevano in corrispondenza della base della valvola

mitrale, ed eravi una considerevole ipertrofia delle pareti del ventricolo sinistro del cuore con dilatazione della sua cavità. Il polso di questa donna era notabilmente irregolare, ma la funzione del respiro si mantenne sempre pressochè allo stato normale, nè giammai si manifestò la minima traccia d'idropisia. Sembra che negli individui di età avanzata in causa della maggior lentezza nella circolazione, e forse anche per la minor quantità di sangue circolante, riescano di minor danno gli ostacoli, che impediscono la libera uscita del sangue dal cuore. Egli è almeno certo che molti vecchi presentano per varii anni un polso irregolarissimo senza soffrire nè dispnea, nè idropisia. La maggior parte però dei medesimi ad una certa epoca vanno soggetti ad affanno di respiro, a tumefazione degli arti inferiori, e muoiono d'idropisia. Tutti questi accidenti dipendono forse soltanto dai progressi dell'ossificazione degli orificii, ovvero dall'essersi a poco a poco diminuita l'energia del cuore a segno che le sue contrazioni non sono più abbastanza forti per vincere l'ostacolo che si oppone alla libera uscita del sangue, per cui ne derivi una specie di stasi nella cavità del cuore stesso, e per conseguenza dispnea, ed anassarca?

Si opporrà forse a questa nostra opinione, che il cuore, a cui noi neghiamo forza sufficiente per espellere il sangue, è nondimeno affetto d'ipertrofia. Ma la grossezza di un muscolo non costituisce la sola condizione del suo grado di forza. Se questa maniera di vedere è esatta, ne emerge, che devonsi introdurre considerevoli modificazioni nella cura delle malattie del cuore presso i vecchi; in simili casi non devonsi instituire salassi, fuorchè con somma parsimonia, non servendo essi che come mezzo meccanico a togliere l'ingorgo del

sistema vascolare, poichè se fossero troppo abbondanti o frequentemente ripetuti, potrebbero essenzialmente nuocere; e più indicata invece sarebbe una medicina leggermente stimolante interna, o esterna.

Ma le ossificazioni dei vasi non esistono soltanto nei vecchi; assai di frequente noi le abbiamo riscontrate in persone dai quaranta, ai sessant'anni, e molte volte ancora in individui dai venticinque ai quarant'anni; che anzi avemmo occasione di verificare l'esistenza di una notevolissima ossificazione nel cuore di un giovine, che all'epoca della sua morte non aveva ancora compiti i diciotto anni. Il cuore di tale infermo era di un volume tre volte maggiore del suo pugno; intime aderenze cellulari univano le due pagine del pericardio soltanto in corrispondenza dei ventricoli. Le pareti del ventricolo sinistro erano molto ingrossate, e la sua cavità grandemente dilatata; manifesta appariva l'ipertrofia dell'orecchietta sinistra, ed ossificate erano due valvole aortiche verso la loro base. Dalla superficie auricolare della valvola mitrale sorgeva un tumore duro, ineguale, della forma di un bitorzolo, composto dalla riunione di molte concrezioni calcari, alcune delle quali non erano più coperte dalla membrana che è sovrapposta alle cavità del cuore. Questo tumore, sporgente da tre a quattro linee al di sopra della superficie della valvola, ne occupava circa il terzo della sua estensione in larghezza, prolungavasi dall'origine dei tendini sino alla base della valvola, e penetrava da quattro a cinque linee nella sostanza stessa del cuore. Un po' più al di sotto nello spessore del setto trasverso dei ventricoli eravi un'altra concrezione del volume di una grossa avellana, totalmente isolata dalla precedente. L'aorta ed il lato destro del cuore non presentavano alcuna

alterazione. Altre vegetazioni, che vanno parimenti a coprire le valvole del cuore, possono avere un' origine diversa da quelle fin qui esposte; in alcuni casi sono esse formate da coaguli di sangue, il quale è attaccato più o meno intimamente alla membrana su cui fu deposto. Questi coaguli hanno talvolta la forma di piccoli tumori irregolari, sono di vario colore in ragione del miscuglio, o della separazione più o meno completa della fibrina e della sostanza colorante del sangue, e somigliano perfettamente agli antichi coaguli sanguigni che otturano le vene, e che più di soventi sono intimamente congiunti colle pareti di queste. Non siamo lontani dal credere, che in alcuni casi tali coaguli sanguigni, queste specie di polipi, assumano i caratteri di una vera organizzazione, e si uniscano alla membrana, che dapprima soltanto ricoprivano, mediante una comunicazione di vasi. In questi coaguli di sangue trovansi in fatti i medesimi elementi, che in una falsa membrana vanno a costituire un tessuto organizzato. Comunque la cosa sia, possono essi, deposti ai contorni di un canale o di un orificio, giungere a tanto volume da restringerne sensibilmente il lume; ed è questo il solo ostacolo che riscontrammo all' orificio aortico in persone, che avevano le pareti del ventricolo sinistro del cuore ingrossate. Durante la vita pertanto possono formarsi nel centro stesso della circolazione varie concrezioni sanguigne nella medesima maniera che queste si depongono nelle vene, ove non di rado assumono anche diversi gradi di organizzazione.

Essendo adunque comprovata l' esistenza di queste concrezioni, un' altra dimanda ci rimane a fare intorno alle cause, che determinano la formazione di esse. Fa d' uopo forse rintracciarle nel modo di contrazione del

cuore, o piuttosto in una particolare disposizione del sangue medesimo, il quale, in certe condizioni dell' economia animale ha una manifesta tendenza a coagularsi, mentre che altre volte propende invece a conservarsi allo stato di fluidità? Si danno casi in cui il sangue, che, p. es., esce dall' apertura di una vena, si coagula tanto rapidamente, che lo si vede farsi solido sui margini stessi del taglio della vena, frapponendo così un ostacolo all' uscita del sangue. Altre volte al contrario, uguali essendo le altre circostanze, invano si fa una forte compressione sull' apertura della vena, il sangue non si coagula, continua a scorrere, e difficile riesce a chiudere il salasso. Conosciuti questi fatti, ed apprezzati quanto lo meritano, rimarrebbe ad indagare, se l'arte terapeutica può somministrarci dei mezzi proprii ad aumentare o diminuire la tendenza del sangue al coagulo.

XII. Le diverse alterazioni organiche, di cui abbiamo fin qui trattato di passaggio, non sono già le sole che precedano l'aneurisma del cuore, e che possano essere considerate come cause, che ne favoriscano la genesi. I due vasi arteriosi nei quali il cuore trasmette il sangue, gli orificii di comunicazione di queste arterie e del cuore possono essere più ristretti che non nello stato normale, senza che contemporaneamente vi esista alcuna alterazione di tessitura. Questa ristrettezza insolita ora è congenita, ed ora acquisita, ed avviene l'ultimo caso, se l'aorta, per esempio, non si sviluppa in proporzione del cuore. In due individui abbiamo veduto l' orificio ventricolare dell' aorta talmente ristretto, che non potevasi introdurvi il dito mignolo, ed immediatamente al di sotto eravi l'arteria del suo consueto calibro. Questo ristringimento non era cagionato

da alcuna produzione accidentale, nè da rilevante indurimento dei diversi tessuti, che compongono la periferia dell' orificio aortico. Le quattro cavità del cuore erano assai dilatate, e le pareti dei due ventricoli ingrossate. L' uno degli individui nei quali si rinvenne l' alterazione ora descritta, non ci aveva dato sufficienti relazioni intorno all' origine della sua malattia; ma l' altro, che all' epoca della sua morte non aveva ancor compiti i trent' anni, ci disse, che fino dalla sua più tenera infanzia aveva abitualmente il respiro assai brieve, e che dall' età di dieci anni andava sottoposto a frequenti palpitazioni di cuore, le quali nella pubertà divennero sì forti, che spesso erano accompagnate da una completa lipotimia. Sembra pertanto, che in questo infermo la ristrettezza straordinaria dell' orificio aortico del ventricolo sinistro fosse un vizio di conformazione congenito, che aveva prodotto a poco a poco, per azione puramente meccanica, l' ipertrofia delle pareti del cuore, e l' ingrandimento delle loro cavità. In questo individuo però l' ostacolo non esisteva che a sinistra, e nondimeno le parti destre del cuore partecipavano ugualmente della malattia.

Abbiamo esaminati tre altri cadaveri, in cui l' aorta era ristrettissima in tutta la sua estensione, ed il cuore presentava presso che la stessa alterazione come negli altri due individui in cui esisteva soltanto uno stringimento dell' orificio aortico. La prima di queste tre persone era all' età di cinquantacinque anni, quando venne da noi visitata. Asseriva, che durante tutta la sua vita, ebbe sempre il respiro brieve, e nelle salite, e quando camminava velocemente soffriva violenti palpitazioni di cuore. Nondimeno sino ai quarant' anni godette buona salute: il *leggier asma* cui andava sog-

getto non lo disturbava dalle sue occupazioni; ma tutto ciò che aumentava la circolazione del sangue, e specialmente l' uso di bevande spiritose aumentavano moltissimo la difficoltà del respiro, e rinnovavano le palpitazioni. Questo uomo verso l' età dei quarantadue anni fu, senza causa conosciuta, sorpreso da un vivo dolore alla regione dei precordii, con grande dispnea, e febbre. In allora per la prima volta fu obbligato al letto, e gli si fece un salasso. Il dolore non fu che di breve durata; diminuì la difficoltà di respiro; ma da quest' epoca in poi non ebbe che una salute precaria: l' affanno di respiro aumentò a poco a poco; incominciarono a gonfiarsi le membra inferiori, e dodici anni dopo morì in conseguenza di un vizio organico del cuore, annunciatosi dal complesso dei sintomi, che ordinariamente caratterizzano quest' affezione, e che qui non importa di riferire. Alla sezione del cadavere si ritrovò: 1.° il pericardio unito al cuore in tutta la sua estensione; 2.° una considerevole dilatazione dei due ventricoli con mediocre ipertrofia delle loro pareti; 3.° un manifestissimo stringimento dell' aorta per tutto il suo decorso. Potevasi infatti appena introdurre l' estremità del dito indice a traverso l' orificio di comunicazione tra il cuore e l' arteria; e la porzione toracica dell'aorta non era dell'ordinario calibro che essa presenta immediatamente al di sopra della sua biforcazione, in corrispondenza della parte inferiore della colonna lombare. Quest' arteria dal luogo ove passa a traverso il diaframma sino all' origine delle arterie renali uguagliava appena il volume ordinario della carotide primitiva, e da questo ultimo punto sino alla sua biforcazione era piccola a segno che non aveva il calibro che comunemente osservasi nelle iliache.

Considerando attentamente la natura di queste lesioni, si spiegano benissimo i varii sintomi successivamente presentati dall' infermo, ed il decorso della sua malattia: egli aveva sofferto fino dall' infanzia difficoltà di respiro e palpitazioni di cuore, e ciò dipendeva sicuramente della ristrettezza dell' aorta, che anche in questo caso sembra essere stata congenita. Nondimeno i sintomi ben decisi dell' aneurisma del cuore non si manifestarono, che dopo i quarantadue anni, cioè in conseguenza di un complesso di fenomeni causati, a quanto pare, dall' invasione di una pericarditide. Sembra che quest'ultima infiammazione sia stata la causa occasionale del più rapido sviluppo dell' aneurisma, in un individuo che vi era già disposto atteso il vizio organico dell' aorta.

Un altro infermo, dell'età di ventidue anni, era stato sino dai dodici anni impiegato nell' attinger acqua da un pozzo profondo, durando in questa fatica tutta la giornata. Fino da quell' epoca cominciò a soffrire palpitazioni di cuore, ed affanno di respiro. Cionnondimeno negli anni successivi continuò a dedicarsi ad occupazioni assai penose: faceva frequentemente dei viaggi a piedi da Sévres a Parigi con carichi pesanti, che trasportava fino ai piani più elevati delle case. L'oppressione e le palpitazioni facendosi sempre più forti fu costretto a sospendere i suoi esercizii nel giorno 26 dicembre 1821. In allora cominciò a tossire; entrò nello spedale dell' *Hôtel-Dieu* nel 28, e tosto gli si fecero varii salassi, e nel dì 11 gennaio 1822 uscì dallo spedale avendo il respiro più facile, ma conservando ancora la tosse. Ritornando a casa patì molto freddo, e nel corso della notte fu preso da maggior dispnea, e da più forti palpitazioni di cuore. All' indimani, 12 gennaio, com-

parve l' edema alle gambe ed alle mani. Visitato da noi nel giorno 30 gennaio, presentava i seguenti sintomi:

Ortopnea; voce anelante; faccia tumida; labbra violacee; edema delle estremità inferiori, delle pareti addominali e delle mani. Frequentissimi sono i battiti del cuore, di cui sentonsi gli impulsi in tutta la regione precordiale, e si diffondono sino alla clavicola destra. Polso frequente, pieno, regolare; calore naturale della pelle (*Decotto della radice del ruscus aculeatus con aggiunta del miele-scillitico; pozione eterea, senapismi; fumigazioni di bacche di ginepro*). Nei giorni successivi aumentò l' idropisia, e con essa anche la difficoltà di respiro; soffriva l' ammalato un' ansietà estrema, ed un dolore alla regione del cuore (*Vescicanti alle membra inferiori*). Morì addì 4 febbraio.

Il cuore è di un volume tre volte maggiore dell' ordinario. Le pareti dei due ventricoli sono molto ingrossate, e la loro capacità ingrandita; il ventricolo sinistro potrebbe contenere un uovo di gallina. La superficie interna del cuore e dei grossi vasi conserva il suo natural colore; all'origine dell'aorta, assai ristretta si può soltanto introdurre l'estremità del dito indice; questa arteria si dilata alquanto verso la sua curvatura; ma al di sotto si restringe di nuovo a segno di non presentare che una larghezza di sei linee. In corrispondenza della sua biforcazione non vi si può introdurre l' apice del dito mignolo. Le arterie iliache primitive uguagliano appena il volume dell'arteria femorale, quando è vicina al suo termine. Nelle cavità del cuore, fra le due pleure, e nel peritoneo trovasi un' abbondante sierosità di colore gialliccio. La membrana della vescichetta biliare è parimenti infiltrata. — Ingorgo sanguigno del fegato; iniezione venosa dell' intestino tenue.

Sembra che due cause abbiano in questo individuo concorso alla produzione dell' aneurisma del cuore: una interna e congenita consisteva nella ristrettezza dell' aorta; ma questa causa non avrebbe forse agito che per lentissime gradazioni, se, fino dall' infanzia non fosse sopraggiunta una causa esterna. I violenti esercizii di corpo, che per la misera condizione dell' infermo dovette sostenere fino dall' età di dodici anni, non avrebbero verisimilmente prodotto un effetto morboso in qualunque altro individuo; ma in questo esisteva una causa organica predisponente all'aneurisma del cuore. Tale causa dovette determinare i suoi perniciosi effetti, attesa l' abituale frequenza dei movimenti circolatorii.

Fummo presenti alla sezione del cadavere di una terza persona, la quale presentava un' estrema ristrettezza dell' aorta in tutta la sua estensione, ed una duplice ipertrofia dei ventricoli del cuore, con dilatazione delle loro cavità. Ma eravi in questo caso una circostanza anatomica meritevole di tutta l' attenzione: le pareti della porzione toracica discendente dell' aorta, e quelle della porzione addominale erano molto assottigliate, ed anche trasparenti; si sarebbero credute le pareti della vena cava; nondimeno presentavano ancora molta resistenza quando si tentava di romperle. Un attento esame anatomico di quest' aorta ci fece conoscere, che tale sottigliezza delle sue pareti era specialmente prodotta da una vera atrofia della membrana fibrosa, la quale sembrava essere per la maggior parte convertita in un tessuto cellulare denso, simile a quello, che ritrovasi nello spessore delle pareti delle vene, ove le fibre longitudinali della loro membrana media non sono manifeste. In questo caso pertanto la mancanza di

sviluppo dell' arteria erasi palesata non solo per mezzo della ristrettezza del suo calibro, ma eziandio per una grande sottigliezza delle sue pareti. Il soggetto di questa osservazione era una donna che sembrava dell' età di trent' anni.

Nella stessa guisa dell' aorta, l' arteria polmonare presenta talvolta un considerevole stringimento, e vi può contemporaneamente esistere l' aneurisma del cuore. Un solo fatto abbiamo in appoggio della possibilità di quanto asseriamo, e di questo pure non possiamo esporre che il risultato della sezione del cadavere. Il cuore era di un volume considerevolissimo, il quale dipendeva specialmente dall' ipertrofia dei due ventricoli, le di cui pareti erano assai ingrossate; l' orecchietta presentava parimenti una non dubbia ipertrofia, nè, tagliata, si raggrinzava, conservando invece il suo ordinario volume. Niuna alterazione riscontrammo nei diversi orificii del cuore e dell' aorta. Ma l' arteria polmonare era piccolissima, ed il tronco principale di essa sorpassava ben poco il volume dell' arteria carotide primitiva; le sue due divisioni erano in proporzione ancor più piccole. L' individuo, che forma il soggetto di questa osservazione morì nelle sale di Lerminier, nel mese di marzo 1820, ed aveva ventisette anni. Cessò esso di vivere pochissimo tempo dopo il suo ingresso nello spedale; per cui non si ebbe l' opportunità di interrogarlo intorno allo stato precedente di sua salute. Durante il breve suo soggiorno nello spedale presentò tutti i sintomi ordinarii delle affezioni organiche del cuore.

Allorquando tratteremo dello stato in cui trovasi il cuore nei tisici, vedremo sino a qual punto un indurimento del parenchima polmonare, rendendo difficile la

circolazione del sangue nell' interno del polmone, può cagionare un aneurisma del cuore.

Sebbene l' ostacolo al libero corso del sangue esista nell' aorta ristretta, o nel tronco dell' arteria polmonare, parimenti più piccolo che non lo è d' ordinario, ovvero nei vasi interni del polmone, non devesi però dimenticare che sotto l' influenza di queste differenti cause possono manifestarsi e palpitazioni di cuore, e dispnea, senza che vi esista alcun cangiamento materiale nello spessore delle pareti del cuore o nel calibro delle sue cavità; ma in queste circostanze avvi una costante tendenza ad alterarsi l' organizzazione di quest' organo; e già noi vedemmo come tutte le cause morali o fisiche, che cagionano un turbamento qualunque nella circolazione, sollecitano in maniera singolare la formazione dell' aneurisma. Quindi negli intervalli in cui mancano le palpitazioni applicando la mano o l' orecchio alla regione dei precordii, nulla si scoprirà d' insolito nel cuore, finchè non esisterà un vero aneurisma; ed il polso sarà parimente in condizione perfettamente normale. Una donna di quaranta cinque anni ebbe in tutto il corso della vita il respiro alquanto breve, ed ansante ogni volta che faceva una corsa, o che saliva le scale. Le commozioni morali, e tutto ciò che poteva accelerare in essa il movimento circolatorio cagionava la dispnea. Nondimeno questa donna giunse sino all' età di trentanove anni senza che l' affanno di respiro fosse considerevole al segno da potersi considerare come uno stato morboso. Ma sul cominciare della state dell' anno 1825 per le prime volte soffrì violenti palpitazioni di cuore, spesso accompagnate da deliquio; in allora aumentò d' assai la dispnea, di tempo in tempo andava soggetta a vivi

dolori in corrispondenza dei precordii, e quivi di quando in quando provava una sensazione di un freddo di ghiaccio.

Nell'ottobre dell'anno 1825 entrò nello spedale della Carità: già da alcuni mesi era molto dimagrata nella persona: niun sintomo indicava l'esistenza di veruna lesione dei diversi organi dell'apparato respiratorio. Esplorata la regione del cuore col cilindro di Laennec negli intervalli in cui non eravi palpitazione alcuna, sembrava, che questo viscere si trovasse in uno stato perfettamente fisiologico; il polso era piccolo, ma regolare, nè frequente; non erasi per anco manifestata alcuna traccia d' idropisia. Qual era in questa donna la causa delle palpitazioni, e specialmente della dispnea, a cui andava soggetta fino dalla sua infanzia? Tutto ci persuadeva ad ammettere l' esistenza di un' affezione del cuore; ma, fuori dell' epoca delle palpitazioni, nessun sintomo locale dava indizio di tale affezione. Da questo complesso di fatti abbiamo concepito il sospetto dell' esistenza di una ristrettezza congenita dell' aorta.

XIII. Siamo giunti finalmente ai casi, in cui, onde spiegare i prodromi degli aneurismi del cuore, ed il meccanismo della formazione di essi, non ritroviamo nè processo infiammatorio acuto o cronico del pericardio o della membrana interna del cuore, nè l' arteritide, nè morbose vegetazioni od incrostazioni ai contorni degli orificii, nè ristrettezza congenita dei varii orificii del cuore, o delle arterie, che da questo viscere traggono origine (aorta, ed arteria polmonare), nè dilatazione insolita di queste stesse arterie, nè finalmente ostruzione alcuna del sistema circolatorio polmonare. Non v' ha dubbio che sebbene non esista veruna di queste cause, pure si riscontrano in alcuni casi le diverse ca-

vità del cuore dilatate o ristrette, e le loro pareti assottigliate o affette d'ipertrofia. Non puossi dare una plausibile spiegazione intorno al modo di origine di queste diverse alterazioni della struttura organica del cuore, fuorchè ammettendo uno sconcerto nella normale nutrizione di quest' organo. Tale disordine può essere quasi congenito, o almeno può trarre origine fino dalla prima infanzia. Un falegname, di cinquant' anni, ci diceva di aver sempre avuto breve il respiro fino dall' età di otto a dieci anni; per due volte nel corso di sua vita, cioè a venti, ed a trentanove anni ammalò per anassarca; del resto, escluse queste due epoche, godette sempre ottima salute, e non fu che ai quarantanove anni, che, facendo verisimilmente la malattia del cuore in allora più rapidi progressi, aggravò notabilmente la dispnea, e ricomparve l' idropisia. Quando questo infermo fu da noi esaminato, presentava i segni caratteristici d' un' ipertrofia dei ventricoli con dilatazione delle loro cavità. Alla sezione del cadavere ritrovammo il cuore voluminosissimo, e verificammo quella specie di alterazione, che vi abbiamo riconosciuto durante la vita; ma niun ostacolo, niun vizio esisteva ai diversi orificii del cuore; l' aorta non presentava alcuna deviazione dallo stato normale; i polmoni erano sani.

XIV. I sintomi, che noi abbiamo riferito in questo articolo, e che costituiscono ciò che potrebbesi chiamare prodromo delle affezioni organiche del cuore, possono dissiparsi dopo averci dato per molti anni ragionevole motivo di sospettare dell' esistenza attuale, o futura di un aneurisma. Questi sintomi consistono specialmente in palpitazioni più o meno frequenti, ed in un affanno di respiro più o meno forte. Nulla vi ha in

ciò di meraviglioso, poichè abbiamo veduto manifestarsi i sintomi stessi prima che esistesse ancora una vera malattia organica del cuore. Possono quindi essere prodotti: 1.° da un'infiammazione del pericardio o della membrana interna del cuore, la quale, dopo aver percorso un periodo più o meno lungo, passa felicemente alla risoluzione, e non lascia alcuna alterazione nella compage organica del cuore; 2.° da uno stato pletorico di tutto l'organismo; aumentandosi in tale condizione la copia del sangue, ne passa per conseguenza dal cuore in un tempo determinato una quantità maggiore, per cui ne risulta un eccesso d'azione di quest'organo, e quindi palpitazioni di cuore, che cessano col cessare dello stato pletorico; avvertendo però, che se la pletora insiste lungamente, continuando l'eccesso d'azione del cuore può alla fine dar origine all'ipertrofia; nella stessa maniera, che un muscolo qualunque aumenta di spessore sotto l'influenza di un esercizio violento (5); 3.° questi medesimi sintomi possono essere eziandio prodotti da un vizio dell'influenza nervosa, per la quale i battiti del cuore si fanno più forti ed irregolari; nella stessa guisa che per la medesima cagione insorgono il vomito o le convulsioni nei muscoli della vita animale.

CAPITOLO SECONDO

LESIONI DI ORGANI, O DI FUNZIONI, DIPENDENTI DA DISORDINI CUI VA SOGGETTA LA CIRCOLAZIONE ARTERIOSA NEI CASI DI MALATTIE DEL CUORE.

XV. Queste lesioni possono esistere: 1.° nelle grosse arterie, e quindi ne risultano diverse modificazioni nel polso; 2.° nelle arterie capillari, per cui si formano



N. Signore.

semplici congestioni sanguigne attive, ovvero ne nascono varie emorragie.

Il polso offre tante varietà nelle malattie del cuore, che non vi si può accordare che un' importanza secondaria nello stabilire la diagnosi di esse.

Si danno in pratica molti casi di affezioni del cuore, nelle quali essendo da principio questo viscere gravemente affetto, il polso si mantiene in uno stato perfettamente normale. Ciò avviene quasi sempre quando la malattia risiede soltanto nelle cavità destre del cuore. Come canone generale pertanto è uopo ammettere, che dal conservare il polso i suoi caratteri fisiologici non devesi conchiudere essere il cuore immune da ogni alterazione.

Le alterazioni del polso nei casi di malattie del cuore possono riferirsi al ritmo, alla forza, ed alla frequenza.

Si è detto superiormente, che l'irregolarità del polso indicava l' esistenza di un ostacolo all' orificio aortico del ventricolo sinistro; ciò però non si verifica in tutti i casi; e per verità vi furono persone, che, durante la vita, presentavano una grande irregolarità nelle pulsazioni del cuore, ed alla sezione dei cadaveri non si rinvenne alcuna alterazione all' orificio auricolo-ventricolare o arterioso del lato sinistro del cuore; in altri casi riscontrammo il polso regolarissimo, e dopo la morte abbiamo ritrovato ossificazioni, abnormi vegetazioni od altri ostacoli in corrispondenza dell' orificio ventricolo-aortico. Noi abbiamo più volte verificato questa irregolarità di polso indipendente da ogni ostacolo a cui si possa riferire, e contemporaneamente vi esistevano le seguenti lesioni:

1.° Semplice ipertrofia del ventricolo sinistro con diminuzione della sua cavità.

2.° Ipertrofia di questo stesso ventricolo con dilatazione della sua cavità.

3.° Ipertrofia dei due ventricoli con o senza dilatazione delle loro cavità.

4.° Semplice aumento di volume delle cavità destre, essendo allo stato normale le parti sinistre del cuore.

Quando l'irregolarità del polso non è prodotta da un ostacolo al libero passaggio del sangue nell'aorta, non è dessa continua, ma succede soltanto nei momenti in cui si esacerba la malattia del cuore, quando, per l'influenza di cause più o meno apprezzabili, aumenta la dispnea, e generasi l'idrope. Cessando questa esacerbazione le pulsazioni delle arterie riprendono la consueta loro regolarità.

Se, al contrario, vi esiste un ostacolo, il polso fassi soventi irregolare molto tempo prima che siasi manifestato verun altro indizio di malattia del cuore; e ciò avviene specialmente nei vecchi, i quali spesso presentano una grande irregolarità del polso sì nel grado di forza, come negli intervalli de' suoi battiti, senza che ne soffrano alcun incommodo, e soltanto dopo varii anni incominciano ad essere molestati da affanno di respiro, e si manifestano le prime tracce di ingorgo sieroso, ec. È molto verisimile, che, nei casi di questo genere, la causa dell'irregolarità dei polsi, stia riposta nell'ossificazione dell'orificio aortico, la quale può per lungo tempo esistere senza turbare la circolazione polmonare, e per conseguenza senza produrre la dispnea; ma anche questa irregolarità di polso ci deve sempre far temere lo sviluppo futuro di altri sintomi delle malattie del cuore.

Avviene tal fiata, che ogni volta che si annoverano le pulsazioni delle arterie, si ritrovano regolarissime;

ma in allora possono presentare un' altra specie d' irregolarità, che giova assai di conoscere. Se si numerano i battiti delle arterie in diverse epoche della stessa giornata, e soltanto anche dopo l' intervallo di alcuni minuti, si riscontrano grandi variazioni nella loro frequenza. In un individuo p. e. affetto d' ipertrofia dei due ventricoli con dilatazione delle loro cavità, che aveva liberi gli orificii del cuore, e l' aorta sparsa di numerose macchie, abbiamo un giorno enumerato cento vent' una pulsazione arteriosa per ogni minuto primo; quattro minuti dopo le pulsazioni erano ridotte a sole sessanta, e poco dopo ad ottantatrè. All' indimani le contammo più volte nel corso di alcuni minuti, ed abbiamo riscontrato trentasette, cinquanta, quarantadue, cinquanta, e finalmente novantasei pulsazioni in un minuto. In un altro ammalato, che soffriva grave dispnea e che era in delirio, il polso non batteva che trentasei volte in un minuto, e poco dopo diede sessant' otto pulsazioni.

Altre volte, da un giorno all' altro, senza una causa conosciuta, senza aumento nè diminuzione di altri sintomi della malattia del cuore, il polso presenta nella sua frequenza la più grande irregolarità. Eccone un' esempio degno di essere riferito.

Un giovine, di sedici anni, va soggetto a difficoltà di respiro già da molti mesi. La faccia è livida e tumida, le labbra violacee. I battiti del cuore respingono lo stetoscopio posto alla regione precordiale, e si sentono assai forti lungo lo sterno, sotto le due clavicole, e più debolmente alla parte posteriore sinistra. Il polso è piccolissimo, e sotto questo rapporto è in grande opposizione collo stato delle pulsazioni del cuore. Pochi giorni dopo l' ingresso di questo malato nello spe-

dale, si enumerano settantadue pulsazioni arteriose, tre giorni dopo, 20 dicembre, sessantadue; nel 21, quarantaquattro; nel 22, *idem*; nel 23, il polso, sì rallentato nei due giorni precedenti, erasi di nuovo fatto più frequente, e dava ottanta pulsazioni per ogni minuto. All' indimani, 24, senza che sia avvenuto alcun cangiamento nello stato dell' infermo, era di nuovo diminuita la frequenza del polso, non dando esso che quarantadue pulsazioni in un minuto. Nel 25, se ne annoverarono cinquanta, e nel 26, sessantanove. Sino al 1 di gennaio si mantennero ad un di presso nello stesso numero, e dal 1 al 3 il polso non batteva che quaranta sino a quarantacinque volte in un minuto.

Queste estreme variazioni nella frequenza del polso da un giorno all' altro devono essere prese in considerazione, quando vogliasi calcolare gli effetti di certi rimedii, e particolarmente della digitale. Si attribuirono soventi a questa pianta varii effetti sul polso, tanto nel rallentare, come nell' accelerarne i movimenti, mentre invece questi fenomeni erano totalmente indipendenti dall' azione del rimedio. Nondimeno siamo persuasi e pienamente convinti, che in un certo numero di casi il rallentamento del polso è il risultamento dell'amministrazione della digitale. Ed in fatti se si sospendeva l' uso di questa sostanza il polso acquistava una maggior frequenza, e prescrivendola di nuovo ritornava a rallentarsi. Abbiamo avuto occasione di vedere sotto l' influenza ben decisa della digitale, ridursi il polso in alcuni giorni da novanta pulsazioni in un minuto sino a cinquanta, ed anche a quaranta. In una persona il polso batteva settantadue volte in un minuto primo, fatto uso della digitale, all' indimani le pulsazioni arteriose erano ridotte a cinquant'otto per ogni minuto,

e successivamente diminuirono sino alle cinquanta, quarant'otto, quarantatrè, quaranta, trentasei, e finalmente alle trentadue. Ci parve di aver osservato che la polvere di digitale data sotto forma di pillole eserciti sul polso maggiore influenza che non la sua tintura eterea (6). Questa influenza varia d'altronde per due circostanze principali: 1.° per la natura della malattia del cuore: 2.° per lo stato delle vie digerenti.

Risulta dalle nostre osservazioni, che se si somministra la digitale nei casi d'ipertrofia delle pareti del cuore, e quando avvi ancora una reazione generale molto forte, il rallentamento nella circolazione da essa prodotto è accompagnato da notabile diminuzione della dispnea e di altri accidenti. In altri casi al contrario, in cui eravi dilatazione delle cavità destre del cuore, con assottigliamento specialmente delle loro pareti, ed estrema debolezza universale, ci parve di aver riconosciuto, che nel medesimo tempo che il polso facevasi più lento per l'azione della digitale, l'idropisia aumentava, e con essa la dispnea, e sembrava che il malato s'indebolisse maggiormente.

La digitale rallenta il polso allora soltanto che non esercita alcuna azione irritante sullo stomaco. Abbiamo visto un caso in cui la tintura eterea di digitale, somministrata in una pozione, aveva dapprima prodotto una sensibilissima diminuzione nella frequenza delle pulsazioni arteriose. In poco tempo si portò la dose sino a ottanta gocce, da prendersi nell' intervallo di ventiquattr' ore in una pozione di cinque once, senza che siasi manifestato alcun fenomeno morboso relativamente allo stomaco: sino a quell' epoca il polso erasi fatto di giorno in giorno sempre più lento. Quando si aumentò la dose sino a novanta gocce, incominciò il

malato a soffrire un leggier dolore alla regione epigastrica ed aumentò la frequenza del polso; alla dose di cento gocce insorse il vomito, ed il polso divenne frequentissimo. Si sospese l' uso della digitale, e gli accidenti gastrici scomparvero, ma il polso rimase per qualche tempo singolarmente frequente. Avremo occasione in appresso di ritornare su questo argomento.

In certi casi in cui il sangue non circola che con molta difficoltà nelle diverse cavità del cuore, ed in pari tempo non passa che a stento nell' aorta, le pulsazioni delle arterie possono essere molto meno frequenti di quelle del cuore. Un esempio di questo genere da noi osservato è il seguente:

Un palafreniere di quarantasei anni va soggetto a dispnea già da due anni, ed in questo intervallo di tempo molte volte gli si gonfiarono le gambe. Ecco i sintomi che presentava all' epoca del suo ingresso nello spedale: ortopnea, ansietà estrema, faccia violacea, ascite ed anassarca, tosse molestissima. I battiti del cuore sono irregolari nel loro ritmo; sensibili a piccola distanza, ma con forte impulso. Applicando la mano alla regione dei precordii non sentesi che un mormorio oscuro.

Il polso, estremamente piccolo *non si sente che a lunghi intervalli.* Odonsi spesso otto o dieci contrazioni del cuore di seguito, mancando quelle delle arterie; dappoi si sente ora una, ora due, ora tre pulsazioni arteriose di seguito. (*Frizioni col linimento volatile con cantaridi; due vescicanti alle gambe; ossimiele scillitico; pozione gommosa scillitica; tisana di gramigna nitrata; due minestre di riso; tre brodi*).

Nei successivi tre o quattro giorni il malato passò le notti assiso sulla sponda del proprio letto; imminente

era l' asfissia quando a poco a poco la respirazione divenne più libera, ed in pari tempo l'idropisia diminuì rapidamente. Le orine, scarse sino a quell' epoca, fluivano in abbondanza. A misura che la dispnea diminuì, il polso si sentì meglio; ma era ancora assai lento relativamente ai battiti del cuore. Quindi per varii giorni di seguito abbiamo enumerato *dalle trenta sino alle quaranta pulsazioni arteriose* per ogni minuto, mentre nel medesimo tempo *il cuore batteva centoventi volte.* Nei quindici giorni successivi (che erano gli ultimi del mese di novembre 1821) la maggior parte dei sintomi della malattia di cuore svanirono per gradi; libero ritornò il respiro, o almeno, al dire dell'infermo, non era più affannoso; la fisionomia aveva ripreso il suo naturale aspetto, nè più v' era traccia d' idropisia. Verso il principio del mese di dicembre le pulsazioni delle arterie corrispondevano a ciascun battito del cuore, ma i movimenti di questo come quelli delle arterie erano assai irregolari. Il malato poco tempo dopo uscì dallo spedale, credendosi perfettamente guarito.

Abbiamo creduto prezzo dell' opera di qui riferire questa osservazione a motivo dei singolari fenomeni, che presentò il polso, e per mostrare come talvolta possono dissiparsi momentaneamente i sintomi di un' affezione organica del cuore, quantunque sieno stati così gravi ed imponenti da minacciare da vicino la vita dell' ammalato a segno da ridurlo fino al punto dell' agonia. Facciamo qui pure riflettere che in questo caso per mezzo dell' ascoltazione abbiamo potuto rilevare che l' affezione del cuore era limitata al solo lato sinistro di questo viscere; il che non appariva dagli altri sintomi.

Il polso degli aneurismatici considerato nei gradi di

sua forza offre varietà ancor maggiori di quelle superiormente accennate. Presso molti individui al principio della malattia il polso non è nè più forte, nè più debole dello stato normale. Egli è poi singolare, come fra le numerose affezioni organiche del cuore niuna quasi ve n'abbia, in cui non siasi ben verificata questa naturale condizione del polso relativamente alla sua forza. Questo fatto non prova forse che la forza o la debolezza delle pulsazioni arteriose non dipendono soltanto dallo spessore delle pareti del cuore e dalla grandezza delle sue cavità, ma bensì anche dalla maggiore o minore energia delle contrazioni di quest' organo, energia, che è ben lungi dall'essere in rapporto diretto collo spessore delle sue pareti?

Sembra che precipuamente riscontrisi il polso più forte dell' usato, e che si sollevi a guisa di una corda tesa, quando, essendo libero l'orificio aortico, le pareti del ventricolo sinistro sono affette d'ipertrofia, senza che la sua cavità abbia sensibilmente aumentato o diminuito di volume.

Per lo contrario, nel caso in cui questo stesso ventricolo sinistro è affetto d' ipertrofia, ed in pari tempo la sua cavità assai ristretta, soventi il polso trovasi estremamente piccolo. Lo stesso talvolta avviene quando la cavità del ventricolo sinistro è considerevolmente dilatata.

Altra causa frequente della piccolezza del polso è una notevole ristrettezza dell' orificio aortico.

Questi diversi casi potevansi ammettere anche *a priori*, ma eccone un altro ancor più singolare: si danno individui in cui il cuore presenta in tutte le sue parti un enorme volume (*cor bovinum*), dipendente tanto da dilatazione delle sue cavità, come da considerevole iper-

trofia delle pareti, senza che d'altronde esista alcun ostacolo all'orificio aortico; eppure il polso non solo non è nè più forte, nè più vibrato, ma eziandio mostrasi di gran lunga più debole che non nello stato normale. In queste circostanze osservasi soventi un fenomeno veramente sorprendente, ed è che i battiti del cuore sono assai forti, tumultuarii, e mediante l'ascoltazione si sentono in quasi tutti i punti del torace, mentre le pulsazioni delle arterie sono così deboli che sotto la pressione delle dita quasi non si sentono. Questa estrema piccolezza del polso è talvolta abituale, ed in altri casi si manifesta ad intervalli, quando i battiti del cuore si fanno più tumultuarii, ed aumenta la dispnea; ed in appresso a misura che vanno cessando questi sintomi, il polso riprende un certo grado di forza.

XVI. Quando le pareti del ventricolo sinistro, affette da considerevole ipertrofia, si contraggono con insolita energia, possono venire in scena alcuni fenomeni morbosi più o meno gravi, che dipendono dalla straordinaria forza con cui il sangue è spinto nel sistema capillare arterioso. Questa influenza si fa particolarmente sentire verso il capo, a motivo forse della disposizione delle arterie, che ivi trasmettono il sangue. Da ciò hanno origine quelli accessi di caldo alla faccia, i frequenti stordimenti e le vertigini di cui si lagnano molti individui affetti d'ipertrofia del cuore. Spesso si manifestano tali stordimenti ogni volta che insorgono palpitazioni di cuore.

Vedemmo più volte una sanguigna congestione attiva per tal cagione suscitatasi nel cervello, determinare tutti i sintomi di un'apoplessia sì grave da minacciare un'istantanea morte; ma questi sintomi svanirono prontamente sotto l'influenza di copiosi salassi; ed era

quindi allora evidente, che nel cervello non ebbe luogo che una momentanea congestione dei vasi capillari sanguigni senza emorragia. In altri casi però può succedere anche un vero stravaso di sangue. Da uno stato pertanto d' ipertrofia del cuore possono derivare relativamente al cervello, 1.° un primo grado di congestione, che si manifesta con cefalea, vertigini, stordimento; 2.° un secondo grado di questa stessa congestione, abbastanza forte per produrre l' abolizione completa dei sensi, e tutti i sintomi di un' emorragia cerebrale; 3.° questa stessa emorragia.

CAPITOLO TERZO

LESIONI DI ORGANI O DI FUNZIONI PRODOTTE DAL DISORDINE CUI VA SOGGETTA LA CIRCOLAZIONE VENOSA NELLE MALATTIE DEL CUORE.

XVII. Queste lesioni sono: 1.° un riflusso insolito di sangue nei tronchi venosi vicini al cuore, da cui ha origine il fenomeno conosciuto da lungo tempo sotto la denominazione di polsi venosi, e sensibile specialmente alle iugulari, 2.° nei vasi capillari queste lesioni sono ancor più considerevoli, e consistono principalmente in varie congestioni, le quali agendo su diversi organi, ne modificano più o meno la tessitura e le funzioni, ovvero in effusioni sierose prodotte unicamente dall' ostacolo meccanico che si frappone alla libera circolazione del sangue dal sistema capillare venoso verso il cuore. Non tratteremo del riflusso del sangue nelle grosse vene, nulla potendo aggiungere di nuovo a quanto fu già scritto su questo argomento da varii osservatori; ma ci occuperemo invece dei diversi feno-

meni dipendenti dal disordine della circolazione capillare. — Questi si riferiscono principalmente a diverse congestioni sanguigne, o sierose.

ARTICOLO PRIMO

CONGESTIONI SANGUIGNE.

XVIII. Le congestioni sanguigne hanno sede o nelle membrane, o nei parenchimi dei visceri. Essendo le membrane integumentali, interne ed esterne, in copia fornite di vasi capillari, devono per necessità subire notabili modificazioni nella circolazione sanguigna, che in esse succede, ogni volta che l'organo centrale di questa circolazione trovasi alterato in modo, che il sangue non possa liberamente circolare nelle sue diverse cavità. Esaminiamo sotto questo rapporto in quale stato si trovino nelle malattie del cuore, 1.° la cute; 2.° le membrane mucose.

XIX. L'unica alterazione che presenta la pelle in conseguenza delle suddette congestioni venose consiste in una modificazione nel suo colore, che di rado diffondesi a tutta la cute, ed è soventi limitata soltanto a diverse parti di essa.

Sembra che la pelle acquisti un colorito ceruleo ben distinto in tutta la sua estensione, quando esiste un'abnorme comunicazione fra le due orecchiette del cuore. È quest'affezione la cianosi, o malattia cerulea degli antichi autori (*).

(*) Recenti osservazioni hanno dimostrato, che nelle persone adulte può esistere una larga comunicazione tra le due orecchiette, senza che contemporaneamente vi sia la cianosi. Così

Indipendentemente da questo raro caso, in molti individui affetti d'aneurisma del cuore, e che soffrono affanno di respiro, vedesi tutta la cute di un colore livido, come nelle persone cadute in asfissia. Non potrebbesi però considerare questo colorito livido della pelle qual segno caratteristico di affezioni organiche del cuore; poichè devesi manifestare ogni volta che una causa qualunque arreca un ostacolo considerevole all'esercizio della funzione del respiro. Ma per qual ragione non lo si rinviene in quei tisici, in cui la sola quarta parte del parenchima polmonare è permeabile all'aria? Ciò dipende dall'essere in questi individui diminuita la massa del sangue, di modo che si ristabilisce l'equilibrio tra la quantità d'aria, che può ancora penetrare nelle vescichette polmonari, e la quantità di sangue che per esse vi passa onde subire le modificazioni vitali, che avvengono in quest'organo. Ognuno facilmente concepisce, non esser questo un caso simile a quello di individui affetti di malattia organica del cuore, nei quali il miglior mezzo per far scomparire il colorito livido del sistema cutaneo consiste nel riccorrere soventi a copiose sottrazioni sanguigne, togliendo così in un modo del tutto meccanico l'ingorgo del cuore, ed in conseguenza anche quello del sistema polmonare.

L'injezione parziale della pelle osservasi specialmente alla faccia, la quale si fa livida e violacea in causa di un insolito accumulo di sangue venoso nel sistema

pure in altri casi la periferia cutanea presentava un colorito ceruleo distintissimo, ed alla sezione dei cadaveri altro non si rinvenne fuorchè diverse affezioni organiche del cuore, senza che vi fosse alcuna comunicazione tra le due orecchiette.

capillare di essa; e questa tinta venosa è talvolta sì forte, che tende veramente al nero.

Soltanto negli stadii più avanzati delle malattie del cuore, l' injezione della faccia giunge al massimo; ma in grado più debole è non di rado uno dei primi segni; comincia dessa a manifestarsi anche quando non esiste alcun altro sintomo ben deciso; e spesso per questo solo indizio abbiamo sospettato dell' esistenza di una malattia del cuore come complicazione di diverse affezioni del polmone, e particolarmente della tisi polmonare.

Corvisart aveva asserito, che in conseguenza dell' estrema difficoltà che si frapponeva al ritorno del sangue verso il cuore, da cui risultavano varie congestioni venose in diversi punti della pelle o del tessuto cellulare sottoposto, queste parti potevano essere colpite da gangrena in quei punti ove le congestioni erano più forti, ovvero in quei luoghi, ciò che è poi lo stesso, ove molte cause si opponevano al libero ritorno del sangue, come sarebbe per esempio alle estremità? Nondimeno sino ai nostri giorni fu soltanto ammessa la possibilità di una simile gangrena, ma non si addussero fatti che ne comprovino l' esistenza. Non sarà dunque inutile di qui riferirne alcuni esempi. Negli uni noi troveremmo una singolare tendenza di certe infiammazioni cutanee, lievissime in apparenza, a terminare in gangrena; negli altri non potremo comprovare l' esistenza di un processo infiammatorio anteriore alla formazione della gangrena.

Egli è un fatto generalmente conosciuto, la somma facilità con cui si sviluppa la gangrena all' ingiro delle scarificazioni, che si fanno sulle membra infiltrate di sierosità; ed è sicuramente questa una delle più grandi

obbiezioni che si oppone alla convenienza di questa operazione, la quale d' altra parte arreca sovventi gran sollievo agli infermi, lasciando colare la sierosità di mano in mano che si forma. In giro al punto che venne ferito dalla lancetta, da principio la pelle si fa rossa, indi livida e nera, e finalmente cade in una putrescenza gangrenosa. Qui vedonsi succedere due fenomeni, che sono in relazione tra di loro: 1.° per l'influenza dell' irritazione cagionata dallo stromento, una maggior quantità di sangue affluisce al punto della pelle che fu leso dalla lancetta; 2.° il sangue vi si accumula assai più rapidamente, a segno che non può essere dalle vene con egual prontezza ricevuto, e ricondotto verso il cuore, atteso la malattia di quest' organo, e da questa congestione venosa giunta improvvisamente al massimo grado, ne deve risultare la mortificazione della parte. Ognuno facilmente rileva da ciò come in questo caso un trattamento stimolante locale debba riescire assolutamente nocivo, aumentando esso l'affluenza del sangue arterioso senza attivare in pari tempo la circolazione venosa: potrebbe però essere utile, se producesse quest' ultimo effetto; ma come mai assicurarsene? Avemmo tre volte occasione di vedere una leggier risipola, che interessava la cute delle membra inferiori già edematose, assumere rapidamente un color bruno, che indicava una tendenza alla gangrena. In uno di questi tre casi la gangrena si formò effettivamente, si estese ad una gran porzione della cute di una delle gambe, ed il malato morì prima che la gangrena si fosse limitata, ed incominciato avesse il processo di separazione delle escare. All' esame del cadavere si rinvenne un generale aumento di volume del cuore con dilatazione delle cavità, ipertrofia delle pareti dei ventricoli, ed ossifica-

zioni dei contorni dell' orificio aortico. Inoltre al di sotto della cute gangrenata il tessuto cellulare era infiltrato di siero senza che però vi fosse alcuna traccia di infiammazione.

Negli altri due casi la risipola per alcuni giorni presentò un colorito bruno, ed in alcuni punti quasi nero, ma in appresso a poco a poco riprese un miglior colore, divenne nuovamente rossa, e terminò colla risoluzione. In ambedue questi individui la risipola erasi manifestata, mentre soffrivano un' estrema difficoltà di respiro, che fu efficacemente combattuta mediante copiose sottrazioni sanguigne; e per tal modo diminuita la copia del sangue fu tolto l'ostacolo alla circolazione, cessò la dispnea, ed al colorito bruno della risipola subentrò una tinta rossa di più prospero augurio. Sembra evidente, che in questi due casi una congestione venosa compartisse alla pelle infiammata il color bruno, che faceva presagire la gangrena. In qual modo adunque agirono le emissioni di sangue? Evacuando dal cuore il sangue, che vi stava raccolto in eccessiva copia, si rendette più facile il regresso del sangue venoso accumulato là dove eravi la risipola. Se tale stasi di un sangue non idoneo all' esercizio delle funzioni vitali avesse durato ancor per poco tempo, avrebbe sicuramente cagionato la morte parziale. Da un semplice grado pertanto in intensità od in durata della congestione venosa ne venne che in questi ultimi due casi la parte infiammata si colorì soltanto in bruno, mentre nel primo si formò la vera gangrena.

Un uomo di media età presentava tutti i sintomi di un' affezione organica del cuore. Grande era la difficoltà di respiro accompagnata da anassarca, ed in particolare da considerevole infiltramento dello scroto. Improvvisa-

mente la cute di questa parte si fece dolente e rossa, indi bruna, ed in breve passò alla gangrena. Una gran porzione della pelle dello scroto cadde a lembi, e si stabilì una copiosa suppurazione all'ingiro dei testicoli messi a nudo. Per alcuni giorni le forze dell' ammalato illanguidirono rapidamente, i lineamenti della fisonomia si alterarono maggiormente, e tutto sembrava annunciare una prossima funesta fine. In tale stato di cose, avanti ed al principio del processo suppuratorio, Lerminier fece applicare allo scroto dei fomenti di decotto di china, e prescrisse rimedii tonici per uso interno (7) (*Preparazioni di china*, *vino*). Si stabilì una buona suppurazione, le forze si rialzarono, la fisonomia riprese il suo naturale aspetto; la piaga dello scroto a poco a poco si cicatrizzò, ed in pari tempo (cosa degna di tutta la riflessione, e che potrebbesi attribuire ad una salutare rivulsione operata dalla natura) i sintomi primitivi prodotti dalla malattia del cuore si emendarono notabilmente; l' idropisia scomparve, e questo uomo, su cui erasi pronunciato un sì infelice pronostico, era sul punto di abbandonare l' ospedale in uno stato sufficientemente lodevole, quando fu colpito da un' insulto d'apoplessia, che lo trasse alla tomba.

Non è questo il solo individuo affetto da malattia organica del cuore in cui abbiamo veduto sotto un trattamento stimolante diminuire l'idropisia, e la dispnea. Non vi ha dubbio che in altri casi un metodo debilitante produca il medesimo effetto. In tale stato di cose niuna regola generale potrebbesi stabilire, ed un medico versato nella pratica deve determinarsi alla scelta di uno o l'altro di questi metodi curativi, valutando molto meno la natura della lesione del cuore, che non altre circostanze, quali sono lo stato delle

forze dell' infermo, il tempo da che esiste l' idropisia, ec.

Nei casi da noi riferiti abbiamo veduto ora la gangrena, ora il color bruno che la precede colpire parti, in cui erasi dapprima sviluppato un processo infiammatorio; ed abbiam dovuto fissare la nostra attenzione ad una circostanza soltanto, ed è che non potevasi spiegare la formazione della gangrena dalla intensità della preceduta infiammazione. Ecco ora un altro esempio in cui vedemmo gangrenarsi una porzione della cute di un individuo affetto d'aneurisma, senza che vi fosse traccia alcuna di anteriore processo flogistico; è questo un caso simile ai precedenti per essersi sviluppata la gangrena in conseguenza di un estremo grado di stasi parziale di sangue venoso.

Un uomo di media età, affetto da malattia organica del cuore, era divenuto anassarcatico, e soffriva grande difficoltà di respiro. Tutto l'involucro cutaneo presentava una legger tinta livida; quando un giorno ritrovammo che alla cute della parte anteriore del torace, tra le due mammelle, la lividezza era giunta al massimo grado. Nei giorni successivi questo colorito, che noi credemmo dipendere da una forte iniezione dei vasi capillari venosi, divenne ancor più fosco, e terminò col farsi perfettamente nero estendendosi eziandio a tutto il collo. Sembrava che la cute di quelle parti fosse caduta in gangrena. Il malato in breve morì. All' esame del cadavere si ritrovò la pelle del torace annerita in tutto il suo spessore, ed al di sotto di essa il tessuto cellulare era ingorgato di sangue bruniccio; ma non esalava alcun fetente odore.

XX. Le membrane mucose negli individui affetti d'aneurisma offrono alle meditazioni del medico pratico

lesioni ancor più varie, e più numerose di quelle della cute. Queste membrane in conseguenza della semplice stasi meccanica del sangue venoso, non solo acquistano un colorito rosso, che si riconosce anche dopo la morte, ma eziandio vanno soggette a vere alterazioni di tessitura, e ne nascono varii sintomi che meritano di essere esaminati attentamente. Finalmente essendo il rossore delle membrane mucose negli aneurismatici soventi un semplice effetto fisico di una stasi sanguigna, non devesi però conchiudere che tale rossore non possa in un certo numero di casi essere eziandio il risultato di un vero processo infiammatorio.

In altri luoghi di quest' opera descriveremo i varii gradi della congestione sanguigna puramente meccanica, che sì frequentemente avviene nella membrana mucosa gastro-enterica. Quanto più apriamo cadaveri, sempre più ci convinciamo, che questa congestione, nelle sue numerose varietà, può simulare la maggior parte delle gradazioni del rossore infiammatorio; ne deriva da ciò un importante corollario, ed è che, in tutti i casi in cui la morte vien preceduta da sintomi di asfissia, il solo rossore della membrana mucosa non costituisce soventi un carattere sufficiente per credere con certezza che ivi abbia esistito un vero processo infiammatorio. Sembra, che meglio si possa comprovare l'esistenza di un' infiammazione appoggiandosi non già al semplice carattere del rossore, ma piuttosto all' essere questo esattamente circoscritto in alcuni punti.

Ma quantunque il rossore intestinale negli aneurismatici sia un effetto totalmente meccanico della difficoltà con cui si opera la circolazione venosa, incorrerebbe nondimeno in grave errore, chi volesse da ciò conchiudere che il medesimo rossore dipendesse in tutti

i casi da simile cagione; e per verità frequentemente è desso prodotto da un vero processo infiammatorio a cui forse in alcuni individui serve di predisposizione la stessa congestione venosa, e che soventi in queste malattie deriva dall'uso intempestivo di rimedii stimolanti, prescritti al fine di provocare la traspirazione cutanea, la secrezione delle orine, o le escrezioni alvine. Non si prestò forse finora abbastanza attenzione agli effetti variabilissimi, secondo gli individui, prodotti da questi medicamenti sulla membrana mucosa gastroenterica, e per tale ragione in tutti i tempi diverse furono le opinioni dei pratici intorno al loro modo d'agire. Alcune persone vi sono alle quali una piccola dose d'olio di ricino presa in una sola volta cagiona una forte irritazione del tubo gastro-enterico, che si manifesta con sintomi variabilissimi; mentre ad altri ammalati si può impunemente prescrivere per molti giorni di seguito dei drastici potenti, quali sarebbero la gomma gotta, l'aloe, la resina di gialappa ec., senza che per essi ne insorgano sintomi di irritazione dello stomaco, e delle intestina; che anzi in più d'un caso di questo genere alla sezione del cadavere abbiamo ritrovato le intestina pallide, nè per alcun modo alterate nella loro organizzazione, quantunque per più giorni di seguito fossero stati somministrati forti drastici, i quali avevano anche prodotto copiose scariche alvine. Sembra che da questi fatti si possa conchiudere, che in molti individui l'irritazione cagionata dai purganti non è paragonabile, sotto il rapporto della sua natura e de' suoi effetti sì locali che generali, ad un vero processo flogistico: pare altresì, che la loro azione si limiti ora ad aumentare l'intensità delle contrazioni intestinali, ed ora a produrre sulla membrana mucosa

quella specie di congestione detta da alcuni autori *irritazione secretoria*, da cui ne risulta alla superficie della membrana mucosa gastro-enterica una secrezione più abbondante e più attiva dell' usato. Crediamo di aver dimostrato che l' azione dei purganti limitata a questi effetti può essere utilissima, ed assai bene indicata in molte condizioni morbose. Invece adunque di proscrivere in tutti i casi questa classe di rimedii, per la ragione che se ne fece un grande abuso, siamo d'avviso essere cosa più saggia, e conforme ai principii fisiologici, lo studiarne l' azione, osservarne gli effetti, e consultare non già la teoria, ma l'esperienza per conoscere in quali malattie possono essere giovevoli. Ci allontaniamo ora dal nostro argomento dedicandoci a questo genere di ricerche; ma vogliamo però qui riferire un'osservazione, che evidentemente comprova quanto possa riuscir utile l' uso dei purganti in certi casi d' idropisia (8).

Un uomo di giovanile età, fino nella sua infanzia andò soggetto a' tumori scrofolosi, e già da alcuni mesi era molestato da tosse, quando improvvisamente gli si manifestò un vivo dolore alla regione addominale, che durò per tre o quattro giorni, e fu susseguito da rapida tumefazione del ventre. Questo ammalato venne ricoverato nello spedale della Carità nel mese di settembre dell' anno 1822, ed al nostro esame ritrovammo che l'addome era insensibile sotto la pressione, e presentava una evidente fluttuazione; il polso era frequente e piccolo. Sembrava che la membrana mucosa non fosse affetta da malattia. Lerminier opinò che l'ascite traesse origine da una lieve peritonitide, da principio si applicarono le sanguisughe all' ano, e nei giorni successivi si posero dei vescicanti alle membra inferiori, si isti-

tuirono delle frizioni aromatiche, e si prescrissero internamente rimedii diuretici. Ciò non pertanto l'ascite non diminuiva; si esperimentarono in allora i purganti somministrando al malato una porzione composta di un' oncia di siroppo del *Rhamnus catharticus*, e di due once d'olio di ricino, e si ottennero copiose escrezioni alvine. Dopo molte scariche di ventre composte di materie escrementizie, l'infermo evacuò in più riprese nell'intervallo di cinquant'ore, una gran quantità di siero limpido, leggermente tinto in giallo, ed in conseguenza di tali evacuazioni il volume del ventre diminuì d'assai, nè più sentivasi alcuna fluttuazione; in appresso diminuì la diarrea, ed in capo a pochi giorni cessò del tutto spontaneamente. Alcuni mesi dopo quest' individuo dovette soccombere in causa dell'affezione polmonare, che fece notabili progressi. Alla sezione del cadavere si ritrovarono varii tubercoli nei polmoni; molte circonvoluzioni intestinali stavano tra di loro unite per antiche aderenze cellulari (peritonitide risanata); sul peritoneo eranvi qua e là sparse alcune piccole masse di sostanza tubercolare, e la superficie interna delle intestina altra lesione non presentò fuorchè pochi tubercoli crudi sviluppati al di sotto della membrana mucosa.

Altrove abbiamo citato un caso in cui avvenne l'assorbimento dell'idrotorace mentre che alla superficie bronchiale si stabilì un'abbondante esalazione di liquido sieroso. Qui pure vediamo succedere nell' addomine contemporaneamente i medesimi fenomeni, cioè assorbimento di siero da una parte, e copiosa esalazione dall' altra. Ma nel primo caso fu sola opera delle forze della natura, ed al contrario nel caso or ora riferito le secrezioni alvine furono se non prodotte, almeno molto assecondate dall' azione di un purgante. Egli è

però d'altronde certo, che in altri individui questo rimedio non avrebbe esercitata tanta influenza, e soltanto si sarebbero ottenute alcune evacuazioni senza giovamento, ed in altri ancora questo stesso purgante sarebbe forse riuscito nocivo. Ma consiste appunto una gran parte della medicina pratica nell'arte difficile di cogliere questa opportunità all'azione dei medicamenti. Non credasi adunque di aver fatto abbastanza, quando dopo aver deciso che una malattia è un'irritazione locale, si prenda a combatterla con sottrazioni sanguigne locali e con bevande ammollienti; poichè si danno in pratica dei casi in cui questi rimedii, al pari dei purganti e di tutti gli altri agenti terapeutici, riescono inutili e talvolta anche nocivi.

Fra le altre sostanze medicinali, che frequentemente prescrivonsi nelle malattie del cuore, avvi la digitale, i cui effetti terapeutici sono assai incostanti. La cagione di tale incostanza sembrami doversi attribuire all'azione che la digitale esercita sullo stomaco, e che è mutabile nei diversi individui. Si danno infatti alcuni infermi ai quali pochi grani della polvere di questa pianta, o alcune gocce della sua tintura eccitano il vomito. Ogni volta che la digitale determina un certo grado d'irritazione nella membrana mucosa del ventricolo, non promove più la secrezione delle orine; ed invece di rallentare i movimenti del cuore, li rende ancor più frequenti. Rinunceremo noi forse per questo all'uso della digitale? nò, senza dubbio; ma nella prescrizione di essa non perderemo giammai di vista lo stato dello stomaco, e delle intestina.

Qualunque sia la causa, che abbia suscitata l'infiammazione gastro-enterica, i sintomi di essa si possono riunire in tre gruppi principali.

1.° In molti casi l'irritazione dello stomaco o delle intestina non determina che sintomi locali assai oscuri; ma questa irritazione esercita un'azione simpatica sul cuore, ed i fenomeni dipendenti dall' affezione di quest'organo si esacerbano in modo notevolissimo; e quindi più dell' ordinario frequenti si fanno i suoi battiti, ed anche irregolari e tumultuarii; aumenta l' affanno di respiro: questi accidenti addivengono momentaneamente ancor più gravi, ogni volta, che il malato fa uso di alimenti. Abbiamo noi veduto, fra gli altri, un individuo a cui l' introduzione di semplici bevande o di minestre nelle vie digerenti cagionava immediatamente una dispnea sì grave che non poteva più stare in posizione orizzontale, e per due ore sembrava quasi minacciato d'asfissia. Mentre per l'influenza dell'infiammazione gastro-enterica i sintomi locali della malattia del cuore aumentano in forza, si manifesta per la prima volta l'idropisia in conseguenza dell' accresciuto turbamento della circolazione venosa, ovvero la sierosità si raccoglie in maggior copia, se già dapprima esisteva, o finalmente dessa ricompare quando, avendo precedentemente esistito, erasi già dissipata. Tutti questi diversi sintomi aggravano finchè dura l' affezione del tubo digerente, e diminuiscono con essa.

2.° In altri casi, la flogosi gastro-intestinale, non esacerba in un modo così manifesto i sintomi della malattia del cuore, nè dà origine a'fenomeni locali ben distinti; ma sembra invece che determini una reazione nel sistema nervoso producendo i fenomeni della febbre detta adinamica. Noi stessi avemmo occasione di vedere più d'una volta questa forma di malattia in persone affette d' aneurisma del cuore, alle quali furono somministrati internamente diversi rimedii stimolanti.

La lingua allora si fa rossa e secca, ed in appresso anche bruna o nera; liquide e copiose divengono le secrezioni alvine senza che l' infermo sia molestato da vomito o da dolori addominali; frequentissimo è il polso; in poco tempo i lineamenti della fisonomia si alterano grandemente; la prostrazione delle forze giunge al massimo grado, e d' ordinario la morte mette fine a questo stato d' adinamia. Alla sezione del cadavere si ritrovano nelle intestina indizii di flogosi, i quali non di rado confondonsi cogli effetti di una semplice iniezione meccanica. Avviene poi soventi, che contemporaneamente alla febbre adinamica sintomatica di un'affezione intestinale, ed a misura che questa sempre più si aggrava, più oscuri e più miti si fanno i sintomi della malattia del cuore; assai meno affannoso è il respiro; diminuiscono o completamente vengono assorbite le effusioni sierose, che esistono in varie parti del corpo di modo che in questo caso gli infermi non soccombono per l' alterazione del cuore. Se pertanto la morte non sopraggiunge in un momento di asfissia, non puossi totalmente attribuire il rossore della membrana mucosa gastro-enterica alla stasi meccanica del sangue venoso, ma devesi invece ripetere da una congestione sanguigna attiva, da un' infiammazione.

La semplice astinenza d' ogni sorta di medicatura stimolante e l' applicazione delle mignatte all' ano bastano non di rado a togliere la condizione morbosa ora descritta.

Dall' esposto sembrami comprovato, che l'infiammazione intercorrente delle vie digerenti determina in molti individui affetti d' aneurisma del cuore un apparente stato di adinamia, cagionato soventi dall'abuso di sostanze stimolanti, e per esso talvolta in pochi giorni

gli ammalati soccombono, ovvero in casi più felici l'affezione gastro-enterica diminuisce, e va a guarigione per la sola sottrazione dei rimedii eccitanti, o per l'influenza di un trattamento antiflogistico più o meno attivo. Noi però non pretendiamo di voler da ciò conchiudere, che la febbre detta adinamica sia costantemente negli aneurismatici il risultato di una gastro-enteritide. In tutti i casi di malattie croniche, in cui un organo (come sarebbe il cuore negli aneurismatici) trovasi già da lungo tempo alterato, si osserva frequentemente il complesso dei sintomi, che costituisce la febbre adinamica, con siccità ed aspetto fuligginoso della lingua, senza che vi esista una vera infiammazione gastro-enterica. Sembrami che nei casi di tal fatta i lunghi patimenti di un organo importante alla vita modifichino, pervertano, ed alterino profondamente i due grandi e possenti agenti, sotto il cui dominio sta l'economia animale; cioè il sangue, da una parte, il quale somministra tutti i materiali che devono concorrere alla composizione degli organi; ed il sistema nervoso dell'altra, che precede alla distribuzione di questi materiali, o almeno, se costantemente non vi contribuisce come potenza primaria, esercita però sempre una incontrastabile influenza nelle funzioni della nutrizione e delle secrezioni. In qualunque modo d'altronde vogliansi spiegare questi fatti, io posso assicurare di aver veduto varii individui affetti da diverse malattie croniche estranee all'apparato digerente, e che morirono dopo aver presentato tutti i sintomi, che caratterizzano la febbre adinamica (incrostazione nera della lingua, delle gingive, e dei denti; polsi realmente deboli e frequenti; colorito plumbeo della faccia, stupidità, tremori e movimenti automatici dei muscoli, facoltà intellet-

tuali ottuse ec.), ed alla sezione dei cadaveri non si rinvenne lesione alcuna del canale digerente. Negli ultimi sei mesi dell'anno 1825 varii casi di questo genere si osservarono allo spedale della Carità. Ma per simili considerazioni crederà forse taluno che il complesso dei sintomi della febbre detta adinamica non tragga origine da alcuna affezione locale? Lungi da noi un simile pensiero; poichè ove esiste disordine di funzioni per necessità vi deve essere anche un' alterazione di organi. Egli è però certo che il tubo intestinale non è costantemente la sede dell'affezione da cui hanno origine questi sintomi. In qual parte adunque dell' organismo risiederà la condizione patologica della febbre adinamica? è molto verisimile che dessa abbia sede nei due grandi sistemi, che superiormente accennammo: nel sistema nervoso, e nel sangue, necessariamente ed irresistibilmente modificati nel rapporto delle loro funzioni, delle loro proprietà, della proporzione e della natura dei loro elementi anatomici e chimici, dalla malattia cronica, che ha colpito un punto dell' organismo (*).

(*) Certamente che nei casi di cui parliamo queste lesioni del sangue e dei centri nervosi non si possono scoprire mediante la sezione dei cadaveri, ma devesi forse per questo motivo negarne l' esistenza? In più occasioni esaminammo dopo la morte i centri nervosi di persone che durante la vita avevano sofferto notevolissimi disordini nelle funzioni del cervello e del midollo spinale, eppure all' occhio anatomico non si palesò lesione alcuna di queste parti. È però verissimo che in simili circostanze debba il sistema nervoso essere gravemente alterato nel suo misto organico; ma tali alterazioni sfuggono ai nostri occhi, e la sola induzione ci persuade di ammetterle; ed io sono d' avviso, che in un gran numero di casi possa l' induzione condurci a risultamenti ugualmente positivi, e fors' anche più rigorosi, che non l' osservazione sensibile ed immediata. A mio credere è uno dei

Questa specie di stato adinamico può essere soltanto apparente, al pari di quello, che è sintomatico ad un' affezione delle vie digerenti; ed in tal caso richiedesi un trattamento debilitante; ma la debolezza può essere reale, ed una cura stimolante arrecò soventi in simili circostanze un incontrastabile giovamento.

Vedemmo più volte Lerminier somministrare diverse preparazioni di china; ed in pari tempo stimolare fortemente la pelle coll' applicazione di un gran numero di vescicanti, e con frizioni irritanti, a persone affette da malattia del cuore, e che precedentemente erano cadute nella condizione adinamica descritta. Da questo metodo di cura talvolta non se ne ottenne alcun vantaggio, che anzi si aggravarono considerevolmente i sintomi; ma in altri casi abbiamo pure veduto, sotto l'uso di presidj terapeutici di tal genere, rimettersi le forze prima languenti, la lingua ricuperare il suo naturale aspetto, riscaldarsi le estremità già fredde, riaversi le facoltà intellettuali; in una parola, rianimarsi di nuovo la vita già vicina ad estinguersi, senza che d'altronde si esacerbassero i sintomi dell' affezione del cuore.

Conchiuderemo da tutto questo, che lo stato adinamico che accompagna le malattie organiche del cuore, in molti casi non è sostenuto da vera ipostenia, ma trae invece origine da un' infiammazione delle vie digerenti; e che, sebbene più di rado, avviene però talvolta in pratica di osservare lo stesso apparato di sintomi senza che esista la flogosi degli organi anzidetti; e che il metodo

più gravi errori, a cui può condurre lo studio mal diretto dell' anatomia patologica, l' ammettere che a niun' altra alterazione possa soggiacere l' organismo animale fuor che a quelle riconoscibili sotto lo scalpello anatomico.

di cura che conviene in un caso può riescir dannoso nell'altro. Certamente che al letto dell'ammalato non è sempre facile lo stabilire una simile distinzione; ma perchè un oggetto sfugge ai nostri sensi, devesi forse negarne l'esistenza? Poniamoci in un'altra prospettiva, e soventi lo scropriremo.

3.° Finalmente si danno essempli di aneurismatici, in cui l'irritazione delle vie digerenti cagionata soventi dall' improprio uso di rimedii più o meno stimolanti non determina gli accidenti superiormente esposti, ma invece manifestasi con sintomi puramente locali. Da principio i malati si lagnano di mancanza d' appetito, di un senso di peso all' epigastrio, ed anche di un vivo dolore a questa regione; giunta finalmente l' affezione a più alto grado di forza ne viene il vomito, il quale può essere assai abbondante e frequentissimo senza che gli infermi soffrano un vero dolore in corrispondenza dello stomaco. Se questi sintomi gravi si sono manifestati dietro l'uso più o meno prolungato di rimedii stimolanti, basta non di rado l' astenersene, e spontaneamente in poco tempo la gastritide si risolve.

Presso altri ammalati il ventricolo è ben poco alterato; ma invece si manifesta una diarrea, ora sierosa ed indolente, ed ora con dolori all' addome, con tenesmo, e con perdite di sangue dall' ano.

In tutti questi differenti casi la lingua non è sempre un indizio fedele dello stato delle vie digerenti. Ci avvenne talvolta di osservare infermi molestati da vomito ostinato con dolore all' epigastrio, i quali avevano la lingua umida, e del suo naturale colore. D'altra parte, abbiamo già fatto riflettere, che l' incrostazione nera della lingua non è in stretta e necessaria relazione col grado di intensità della flogosi gastro-enterica.

XXI. La membrana mucosa delle vie aeree, al pari di quella delle vie digerenti, è negli aneurismatici frequentemente la sede di congestioni sanguigne, le quali osservansi tanto nel caso che v' abbia dilatazione, o ristringimento delle cavità del cuore, come nell' ipertrofia, e nell' assottigliamento delle sue pareti, e ancor quando l' affezione risiede nelle cavità destre, o nelle sinistre. In tutti questi casi, non succedendo la circolazione del sangue nell' interno del cuore come nello stato normale, questo liquido deve per necessità rigurgitare, e quindi stagna nei vasi polmonari. In ragione pertanto della diversa intensità della causa, che determina la stasi, o per meglio dire l'accumulo di sangue nei polmoni, la congestione che avviene in questi organi dovrà parimenti presentare un' infinità di variazioni.

I varii gradi della congestione sanguigna polmonare cagionano un rossore più o meno intenso nella membrana mucosa dei bronchi, e si manifestano durante la vita con altrettanti gradi diversi di difficoltà nel respiro. Ed infatti se si accumula nei vasi polmonari una quantità di sangue maggiore di quella, che conviensi allo stato di salute, certamente la quantità d'aria, che abitualmente viene introdotta nei polmoni, non sarà sufficiente per vivificare tutta la massa del sangue raccolto in eccessiva copia nelle pareti delle vescichette polmonari; da ciò ne deriva la necessità dell' introduzione di una maggior quantità d'aria in un tempo determinato, e per conseguenza maggior frequenza nei movimenti respiratorii, ed una sensazione di oppressione e di peso al petto. Finchè la congestione sanguigna è di poco momento, l' introduzione di una maggior quantità d'aria nei polmoni succede per istinto; i malati non sof-

frono ancora abitualmente quel senso di oppressione, ma facilmente chi li vede s'accorge, che il loro parlare è breve ed interrotto, e la loro respirazione accelerata; applicando l'orecchio alle pareti del torace odesi il mormorio respiratorio di una forza inusitata, prova evidente che le vie aeree ricevono una maggior quantità di fluido respirabile. Manifestasi soventi questa abnorme intensità del mormorio respiratorio prima che per niun altro segno siasi palesata l'affezione organica del cuore. Non è però che questo fenomeno costituisca un indizio certo dell'esistenza di una malattia dell'organo centrale della circolazione, ma per esso soltanto conosciamo con certezza, che una causa qualunque si oppone al libero passaggio del sangue per i vasi polmonari. Ma se la congestione sanguigna fassi sempre più considerevole, alla fine succede che, malgrado gli sforzi del malato per introdurre ne' suoi polmoni la maggior quantità d'aria possibile, non penetra questa nelle diverse ramificazioni dei bronchi in tanta copia da essere sufficiente per modificare convenevolmente tutto il sangue accumulato nei polmoni; d'altra parte, soventi il sangue già vivificato non può scorrere liberamente, e passare nelle cavità sinistre del cuore: da ciò ne viene un nuovo ostacolo alla circolazione del sangue venoso nei polmoni, ed in conseguenza riflusso e stasi del medesimo 1.° nelle cavità destre del cuore; 2.° nei grossi tronchi venosi che ivi mettono foce; 3.° in tutti i tessuti parenchimatosi, da dove questi tronchi venosi ricevono e trasmettono il sangue più o meno direttamente al cuore. In questo stato di cose massima è la difficoltà del respiro, ed imminente l'asfissia. Sembra all'infermo che un ostacolo invincibile si opponga alla introduzione dell'aria nei polmoni; nondimeno que-

st' aria penetra ancor liberamente sino nelle vescichette, e la molesta sensazione di soffocazione dipende unicamente dal non essere la quantità del gaz introdotto proporzionata alla massa del sangue da vivificarsi.

Questi sono i casi in cui abbondanti e ripetute sottrazioni di sangue arrecano grandissimo giovamento, e più volte con questo presidio terapeutico si richiamarono in vita ammalati, che sembravano agonizzanti. Io stesso ne vidi uno, le cui estremità erano già fredde, gli occhi languenti, la faccia livida, il respiro stertoroso, il polso irregolare, intermittente, insensibile; lasciato in questo stato ancor poche ore doveva necessariamente soccombere per asfissia; ma appena il sangue cominciò a sortire da una larga apertura istituita in una vena, diminuì prontamente il senso di soffocazione, la cute da livida che era, ricuperò il suo natural colore, si riscaldarono le estremità, si rialzarono i polsi ec. Essendo in questo caso conosciuta la causa dell'asfissia, è facile l'intendere in qual modo da una pronta sottrazione di una gran quantità di sangue ne sia derivato un sì rilevante vantaggio. È questo un argomento, fra i molti altri, il quale comprova ad evidenza, che l'indicazione del salasso nelle malattie soventi non devesi desumere dalla natura dei sintomi che si manifestano, ma bensì dalla conoscenza della lesione da cui questi sintomi dipendono.

Non di rado per lungo tempo la dispnea precede tutti gli altri segni generali delle malattie del cuore, e ciò avviene specialmente quando l'affezione consiste in un'ipertrofia del ventricolo sinistro con dilatazione o ristringimento della sua cavità, e vi ha in corrispondenza dell' orificio aortico un ostacolo di qualsiasi natura al libero passaggio del sangue. Quando, al contrario, la

sede primitiva della malattia è nelle cavità destre del cuore, frequentemente vedonsi tracce d'idropisia prima che la respirazione apparisca sensibilmente affannosa.

La dispnea dipendente da una semplice alterazione del ventricolo sinistro, spesso da principio non si manifesta che ad intervalli; osservasi, per esempio, ogni volta che una commozione d'animo, o uno straordinario e violento esercizio di corpo accelerano momentaneamente i movimenti del cuore; col progredire del tempo si rinnova più frequentemente, e dietro più leggieri cagioni, finchè termina coll'essere permanente; a quest'epoca la circolazione polmonare è continuamente inceppata, ed in conseguenza di ciò le cavità destre del cuore possono dilatarsi, ed ingrossarsi le loro pareti. Da queste considerazioni rilevasi come mai la malattia del cuore, da principio limitata al solo ventricolo sinistro, possa estendersi a tutte le parti di questo viscere.

Nelle persone di avanzata età può esservi ipertrofia del ventricolo sinistro associata ad un ostacolo più o meno considerevole alle valvole aortiche, senza che per lungo tempo soffrano affanno di respiro; e questa affezione si appalesa per l'impulso che sentesi alla regione precordiale, per le intermittenze, e la grande irregolarità del polso. Il mantenersi libero il respiro nei vecchi dipende forse 1.° dalla diminuzione della massa totale del sangue; 2.° dalla lentezza della circolazione. Ciò non pertanto, sia che l'alterazione del cuore vada per gradi aumentando, sia che le contrazioni di questo viscere perdano a poco a poco della loro energia, viene finalmente un'epoca, in cui la respirazione incomincia a farsi alquanto affannosa; in breve sopraggiunge l'asma, e gonfiano le estremità inferiori. In qualche

caso quando si manifesta l'idropisia, si fa sensibilmente minore la dispnea; dipende ciò forse dall'essere diminuita la quantità del sangue che deve passare per i polmoni per l'avvenuta effusione di sierosità nel tessuto cellulare? Ma per disavventura questa sorta di miglioramento in uno dei sintomi i più molesti non è che momentanea. La difficoltà del respiro e l'idropisia aumentano in proporzione presso che uguale, e ben presto la morte pone fine a questi mali. Superiormente abbiamo trattato e discusso l'importante questione onde determinare sino a qual punto fosse consentaneo alla ragione ed ai fatti il precetto di ricorrere sempre ad un trattamento debilitante nei casi di simile natura.

Ciò che vi ha di certo su questo proposito, fatta astrazione da qualsiasi teorica spiegazione, si è che in alcuni vecchi, che trovavansi nella condizione morbosa or descritta, più volte io vidi diminuire la dispnea, e risolversi l'idropisia nel medesimo tempo che veniva fortemente stimolata la cute, e che si prescrivevano per uso interno i rimedii tonici propriamente detti, quali sarebbero la china china, il vino, ovvero gli stimolanti diuretici, cioè le preparazioni di squilla, ed anche il vino diuretico amaro dello spedale della Carità.

È noto come il sangue accumulato meccanicamente nei vasi della membrana mucosa gastro-polmonare, venga soventi deposto per vero trassudamento alla superficie libera, o aderente di questa membrana; nella stessa maniera i vasellini, che si distribuiscono sulle pareti delle ultime ramificazioni dei bronchi, possono lasciar sfuggire a traverso le loro tonache il sangue che ivi erasi fuor di misura accumulato. Dove avvi identità di cause, ed identità di organi sottoposti all'azione

delle medesime cause, ne devono senza dubbio risultare i medesimi effetti. Essendo l'emorragia dei polmoni, che frequentemente avviene nelle persone affette d' aneurisma del cuore, e che fu descritta ed indicata da Laennec e da Corvisart sotto il nome d' apoplessia polmonare, prodotta dalle medesime cause, che determinano l'emorragia intestinale negli stessi individui, deve per necessità avere la medesima sede di questa, cioè una membrana mucosa, e ciò rilevasi facilmente quando il trassudamento sanguigno succede nelle ramificazioni dei bronchi di maggior diametro, giacchè nei cadaveri di aneurismatici, che morirono per asfissia, non è infrequente il rinvenire nella trachea e nelle sue divisioni primarie una gran copia di liquido rosso spumeggiante. Ma questo stesso trassudamento avviene forse anche nei rami più piccoli, capillari, nelle ultime divisioni dei bronchi? In questo caso l' anatomia non arriva più a distinguere i canali sottilissimi in cui il sangue è contenuto, ed in varii punti dei polmoni altro non vedesi che una massa dura e nera, formata, a quanto ci sembra, dal sangue raccolto in gran copia, e coagulato nelle minime diramazioni bronchiali. Altrove abbiamo citate osservazioni, le quali comprovano che queste congestioni polmonari possono riscontrarsi tanto nei cadaveri di persone che durante la vita andarono soggette ad espettorazione sanguigna, come in altri individui, che non soffrirono giammai emorragie polmonari. Io sono d' avviso, che nella maggior parte dei casi il sangue che si espettora non parte solo dal luogo ove trovasi il polmone duro ed annerito, ma bensì anche dalle altre diramazioni bronchiali. Soltanto però in questa parte il sangue, uscito da' suoi vasi, si è accumulato e coagulato, mentre che altrove veniva emesso

mediante l'espettorazione di mano in mano, che si deponeva alla superficie dei bronchi. Considerando la cosa sotto questo aspetto, lo stato morboso, detto apoplessia polmonare, sarebbe della stessa natura dell'esalazione sanguigua della mucosa dei bronchi, colla sola differenza di località, risiedendo esso nei più esili ramoscelli delle vie aeree. Ognuno poi facilmente comprende, che se questi vasellini vengono eccessivamente distesi dal sangue, possono rompersi le loro delicatissime pareti, e quindi succederà all'esterno delle vescichette polmonari un vero stravaso sanguigno, il quale, a nostro avviso, non deve considerarsi qual circostanza accidentale. L'apoplessia polmonare pertanto, considerata nel rapporto della lesione anatomica che la costituisce, non è una malattia particolare e diversa da una semplice emorragia della membrana mucosa; ma relativamente ai sintomi che determina, deve per necessità presentare delle variazioni a motivo della completa ostruzione di un certo numero di piccole ramificazioni bronchiali, e di vescichette polmonari; vi sarà quindi maggiore difficoltà di respiro, ed il mormorio respiratorio subirà varie modificazioni, come già lo indicò benissimo il celebre Laennec.

La membrana mucosa dei bronchi non solo va sottoposta a congestioni meccaniche, nel modo anzidetto, durante i varii periodi delle malattie organiche del cuore, ma, al pari della membrana mucosa gastro-enterica, frequentemente s'infiamma, e la flogosi da principio acuta si rinnova ad intervalli più o meno lunghi, ed in fine rendesi permanente sotto forma cronica, suscitando per sintomo principale una tosse che può farsi molestissima, e che sovente è accompagnata da copiosa espettorazione. Essendo questi fenomeni d'or-

dinario più appariscenti che non quelli della malattia del cuore, ad essi è specialmente rivolta l' attenzione del medico, e credesi che la dispnea, la quale soventi sotto gli insulti della tosse aumenta al massimo grado, altro non sia che una conseguenza del catarro polmonare. Non v' ha dubbio che la sola secrezione di una gran quantità di muco alla superficie interna dei bronchi possa frapporre un ostacolo più o meno grande al libero ingresso dell' aria nelle vescichette polmonari, e quindi costituisca la causa immediata e reale della dispnea; ma non è men vero e confermato dall' osservazione, che in moltissimi casi di bronchitide cronica associata ad un molesto senso di oppressione al petto, vi esiste contemporaneamente un'affezione organica del cuore, la quale soventi non solo è anteriore alla flogosi dei bronchi, ma eziandio causa di questa; sebbene in casi meno frequenti sembri essersi sviluppata posteriormente alla malattia delle vie aeree.

Essendo sì comune la bronchitide cronica negli aneurismatici, ne deriva che il mormorio respiratorio, che per lungo tempo udivasi in tutta la sua forza e chiarezza, fassi a poco a poco oscuro e cupo, e viene alterato dal suono infinitamente vario del rantolo, cui vanno sottoposti gli individui affetti d' infiammazione cronica dei bronchi. Se il rantolo ha sede nel lato anteriore sinistro del torace è talvolta sì forte da mascherare i diversi suoni, che appartengono ai movimenti del cuore.

Nelle affezioni organiche del cuore, più che in ogni altro caso, dalle piccole diramazioni dei bronchi si secerne una grande quantità di liquido scolorato, mucoso-sieroso, che, accumulandosi nelle vie aeree, cagiona, durante la vita, 1.° una maggiore difficoltà di re-

spiro; 2.° le due varietà di rantolo bronchiale umido, costituenti, in ragione della loro sede nelle maggiori o minori diramazioni dei bronchi, il rantolo crepitante e mucoso di Laennec. Incidendo i polmoni dopo la morte, vedesi fluire in gran copia il liquido sieroso, che durante la vita determinava i sintomi or ora accennati, e si riconosce essere la sua sede nei bronchi, essendo intimamente mescolato coll'aria; nè potendo presentare questo aspetto spumeggiante, se si fosse formato, e se esistesse nel tessuto cellulare intervescicolare, o interlobulare. La presenza di questo fluido nelle vie aeree costituisce l'affezione da Laennec chiamata edema polmonare; denominazione che noi crediamo impropria; giacchè sembrerebbe volersi con essa indicare aver sua sede nel tessuto cellulare frapposto ai diversi elementi anatomici del polmone la sierosità, che esce da un pezzo di polmone inciso, e che, vivendo l'ammalato, cagionava il rantolo crepitante. Noi siamo d'avviso, che questo edema altro non sia che una forma di secrezione della membrana dei bronchi, la quale, succedendo specialmente nei casi di malattie del cuore, ora è prodotta e mantenuta da una cronica flogosi delle pareti bronchiali, ed ora non sembra essere altro che un semplice risultato del trassudamento meccanico di una parte del siero del sangue, quando questo fluido, in conseguenza dell'ostacolo alla libera circolazione, riempie e distende oltremodo i vasi, che si distribuiscono nella membrana mucosa dei bronchi. Non vogliamo con ciò pretendere, che nel tessuto cellulare interlobulare non possa talvolta raccogliersi la sierosità; ma non si giunge a riconoscere questo vero edema fuorchè isolando, mediante una diligente e minuta sezione anatomica, i piccoli lobi senza intaccarli,

nè romperli; operando in questo modo si vede che il tessuto cellulare frapposto ai lobetti polmonari, è più manifesto a cagione di una piccola quantità di siero incoloro, o rossiccio, effuso nelle sue maglie; ma questa sierosità non è spumeggiante, ed essendo intimamente ritenuta tra le finissime maglie del tessuto cellulare ove si è formata, non scorre con tanta facilità quando si incide il polmone. Conchiudasi da ciò non essere questa la specie d'edema polmonare descritta da Laennec, giacchè non presenta durante la vita i segni, nè dopo morte i caratteri anatomici da lui indicati. Nel decorso di quest' opera avremo occasione di ritornare sull' argomento dell' infiltrazione sierosa interlobulare, quando tratteremo dell' origine e della natura dei tubercoli polmonari.

La bronchite cronica, che si associa alle malattie organiche del cuore, non deve essere abbandonata a sè stessa; ma fa d'uopo specialmente curarla con rimedii attivi, quando è accompagnata da insulti di tosse lunghi e frequenti; concorrendo questa ad aumentare la congestione polmonare, ne rende più difficile il respiro, e può essere eziandio una delle cause, che concorra a far progredire più rapidamente l' affezione del cuore, di modo che il catarro polmonare, effetto già della primaria lesione del cuore, contribuisce, qual nuova causa, ad accelerare i progressi dell' alterazione di questo viscere. In simili circostanze si ottiene di diminuire notabilmente l' intensità della bronchitide mediante l'applicazione delle mignatte e di vescicanti rubefacenti, o di altri topici irritanti su diversi punti delle pareti toraciche, e coll' inspirazione di vapori ammollienti. Allorchè l' infiammazione dei bronchi è essenzialmente cronica, ed il suo principal sintomo con-

siste in una secrezione copiosissima di muco, e specialmente se gli insulti di tosse sembrano provocati dal bisogno di espellere quelle mucosità, fa d'uopo in allora ricorrere a diverso metodo di cura; i rimedii antiflogistici propriamente detti sono in questi casi di niun vantaggio, e varie sostanze più o meno stimolanti arrecano non di rado considerevole giovamento. Lerminier prescrive in simili occasioni le resine, e specialmente le pillole balsamiche di Morton, il decotto ed il vino di enula, la radice della poligala seneka, la china china, il lichene islandico, il kermes minerale; per l'influenza di questi diversi medicamenti abbiamo veduto più volte diminuire l'espettorazione, gli insulti di tosse rinnovarsi a più lunghi intervalli, e farsi minore quel molesto senso di oppressione al petto, cagionato o dalla gran quantità di muco raccoltosi nei bronchi, o dall'accresciuto ostacolo alla libera circolazione del sangue per i frequenti accessi di tosse. Un simile miglioramento si ottenne talvolta dall'uso di purganti più o meno forti, e del tartaro stibiato prescritto alla dose da produrre il vomito, e frequentemente ripetuto. Nell'uso di questi diversi metodi terapeutici fa d'uopo prestare la più grande attenzione agli effetti che ne derivano tanto nell'apparato digerente, come nel cuore stesso; e se vi ha indizio di irritazione allo stomaco, ovvero se si riconosce essere quest'organo suscettibile di irritarsi con facilità, il medico prudente si asterrà dal prescrivere i rimedii anzidetti; ai quali bisogna pure rinunciare, se sotto l'uso dei medesimi si fanno più frequenti le pulsazioni del cuore, e si esacerbano i sintomi locali e generali, che indicano l'affezione di quest'organo. Ma se nulla avvi di tutto ciò, noi invitiamo i pratici ad usare con sicurezza di questo metodo tera-

peutico, i di cui vantaggi avemmo più volte occasione di esperimentare in casi simili.

In altre circostanze quando gli insulti di tosse riescono penosissimi, e scarsa e difficile è l'espettorazione, quando avvi somma difficoltà di respiro e grande ansietà, niun vantaggio se ne ritrae dai rimedii stimolanti superiormente accennati, ma invece gioverà ricorrere all' uso dei narcotici, cioè all' estratto gommoso d' oppio, ai sali di morfina, agli estratti di lattuga virosa, di josciamo, di belladonna, d' aconito, all' acido idrocianico, prescritti a dosi convenienti; i quali rimedii sebbene non valgano a risolvere pienamente la bronchitide, servono nondimeno a calmare i sintomi più molesti, e possono influire grandemente a mitigare la malattia stessa del cuore, diminuendo la frequenza e l'intensità degli accessi di tosse, i quali, come superiormente abbiamo fatto riflettere, contribuiscono non poco ad esacerbarla. In casi di simil natura vidi più volte ritrarre gran giovamento dall' uso del solfato di chinina combinato all'oppio, mentre dai semplici ammollienti non ottenevasi alcun vantaggio.

XXII. Il fegato, al pari della membrana mucosa gastro-polmonare, va frequentemente soggetto a congestioni venose in conseguenza di vizii organici del cuore, e soprattutto quando ne sono affette le cavità destre di quest' organo; che anzi soventi la congestione gastro-intestinale non è che secondaria all' ingorgo del fegato stesso. Non è vero, che soltanto dopo la morte si possa riconoscere l' angiodesi venosa di questo viscere negli aneurismatici; poichè se ivi il sangue si raccoglie in copia eccedente, il fegato deve necessariamente aumentare di volume e sorpassare il margine delle coste, formando al di sotto delle medesime una prominenza più

o meno considerevole; talvolta quest' organo si gonfia istantaneamente sotto un' esacerbazione de' sintomi della malattia del cuore. Esplorando allora la regione ipocondriaca destra vi si distingue facilmente il margine acuto del fegato, e si sente sotto al tatto una resistenza insolita, che non ritrovasi al lato opposto. Soventi però questa tumefazione del fegato non dura che pochi momenti; e quando siensi calmati i sintomi della malattia del cuore con un metodo di cura conveniente, e specialmente con abbondanti salassi, il fegato ritorna al suo naturale volume, nè sporge più al disotto delle coste. Più volte può avvenire nel decorso di una malattia del cuore, che il fegato discenda nell' ipocondrio tanto in basso da giungere sino all' ombellico, e che in brevissimo tempo diminuisca sensibilmente di volume, e ritorni nella sua sede naturale dietro le coste. In alcuni però la congestione epatica dura anche dopo cessata l' esacerbazione dei sintomi della malattia del cuore; e quantunque non siavi che pochissima alterazione nella circolazione sanguigna e nella funzione del respiro, il fegato conserva un volume insolito, e persistendo in esso l' ingorgo, contribuisce spesso, più che non la malattia stessa del cuore, a mantenere la congestione intestinale, ed a produrre l'ascite. In casi di questa fatta le frequenti applicazioni delle mignatte tanto alla regione del fegato, come ai contorni dell' ano, i clisteri purganti, ed eziandio i viaggi, i quali modificano vantaggiosamente la circolazione epatica, sono i mezzi più efficaci per togliere questi vizii dipendenti da una semplice congestione venosa, la quale costituisce una delle affezioni indicate sotto la denominazione vaga ed insignificante di ostruzioni del fegato. Ma da tali ingorghi puramente mecca-

nici del fegato dipendenti da una malattia del cuore, possono forse trar origine alcuni vizii organici cui va soggetto quel viscere? Altrove ci riserviamo di discutere questo importante argomento di medicina pratica (*) (9).

XXIII. A prima giunta sembrerebbe, che mentre il fegato aumenta di volume per l'influenza di una congestione venosa, la milza pure debba ingorgarsi, e gonfiarsi nella medesima proporzione, giacchè il sangue di essa, trasportato dalla vena splenica, traversa il fegato prima di restituirsi al cuore; ma la cosa non è così. Consta dall' anatomia patologica che in molti casi, in cui tutti i tessuti organici, ed il fegato in ispecie, apparivano grandemente ingorgati di sangue venoso, in conseguenza di una malattia del cuore, la milza era indifferentemente ora assai voluminosa, ed in pari tempo dura o molle, ora assai più piccola, che non è d' ordinario, ed ora conservava le sue fisiologiche dimensioni. Vidi tra gli altri un caso in cui il fegato, imbevuto di sangue a guisa di una spugna, occupava tutto l' ipocondrio destro e la regione epigastrica, estendendosi sino all' ombellico; eppure la milza, sebbene assai dura e di un color rosso bruno nell' interno, uguagliava appena il volume di una noce. Ove però si consideri la struttura anatomica di quest' organo, e le funzioni, che molti fisiologi gli attribuiscono

(*) Dubito assai, che queste iperemie meccaniche del fegato possano influire nella produzione delle alterazioni organiche di questo viscere; e per verità ben di rado riscontransi simili vizii in persone affette da malattie del cuore. Io sono d' avviso, che la sola affluenza, e remora di una quantità insolita di sangue in un organo, non bastino a determinare in esso vizii di nutrizione e di secrezione.

si dovrebbe credere che più facilmente e più fortemente che non nel fegato, ivi possa il sangue accumularsi ogni qualvolta insorga un disordine nella circolazione (*).

ARTICOLO SECONDO

CONGESTIONI SIEROSE.

XXIII. Se in un animale vivente si lega la principal vena di un membro, disponendo l' esperienza in modo che il sangue non possa essere liberamente trasmesso dalle vene collaterali al di sopra del punto legato, quella vena, nello spazio che sta sotto la legatura, si gonfia, e si distende, ed in conseguenza di quest' ostacolo alla circolazione venosa, si effonde del siero in vicinanza della vena legata (Foderé). Se nell' uomo, un grosso tronco venoso trovasi compresso, e chiuso in modo che il sangue non vi possa più circolare, e che in pari tempo i vasi laterali non suppliscano fuorchè incompletamente alla principal vena ostrutta, ne succede la stessa effusione di siero nelle parti in cui avvi ingorgo di sangue venoso (Bouillaud). Che anzi questa idropisia è talvolta maggiore e più manifesta nell'uomo, che non in un animale cui siasi legata una grossa vena, poichè, in questo secondo caso, l' esperimentatore non può chiudere perfettamente le vene collaterali, mentre ciò non di rado avviene nell' uomo, quando

(*) Dopo la pubblicazione della prima edizione di quest' opera, ho potuto in più cadaveri verificare, essere ordinariamente la milza, nelle persone affette da malattie del cuore, assai più dura che non lo è nello stato suo normale.

la malattia risiede nella vena principale, ove quelle mettono foce. Ma se l'ostruzione invece di essere limitata alle vene di un membro, esiste in un grosso vaso a cui affluisca il sangue di un maggior numero di parti, necessariamente maggiore ne dovrà essere l'idropisia. Così, per esempio, trovandosi l'ostacolo al riflusso del sangue nella vena cava addominale, la raccolta sierosa si farà nei due arti inferiori, e nello scroto. Se il tronco della vena porta è più, o meno completamente ostrutto, da principio l'effusione di siero avverrà nel cavo del peritoneo; e così si concepisce come alcune malattie di fegato possano produrre l'ascite. Se finalmente l'ostacolo al libero corso del sangue venoso esiste nel centro stesso della circolazione, cioè nel cuore, devesi dedurre per conseguenza teorica, che in questo caso, trovandosi ovunque disturbata, ed interrotta la circolazione del sangue venoso, debba in ogni parte del corpo raccogliersi la sierosità, e dar origine all'idrope generale; e questo fatto già preveduto dalla teoria è pure confermato dall'esperienza.

Tutti i pratici conoscono che l'idropisia è uno dei più comuni sintomi delle diverse affezioni organiche del cuore, e per le riflessioni qui esposte facilmente si rende ragione di tale fenomeno. Questi diversi fatti patologici vengono poi maggiormente illustrati dalle belle esperienze di Magendie intorno le cause ed il meccanismo dell'esalazione e dell'assorbimento, e viceversa dai medesimi sono confermati e messi in chiara luce i risultamenti delle esperienze stesse.

XXIV. L'idropisia non si associa sempre, e nel medesimo grado a tutte le affezioni organiche del cuore; e qui pure l'esperienza conferma ciò che teoricamente potevasi immaginare. E per verità, le congestioni sierose

di qualche entità avvengono specialmente quando avvi alterazione di proporzione nelle cavità destre del cuore. I vizii isolati delle parti destre del cuore, che abbiamo veduto associarsi all' idropisia sono i seguenti, che ora enumereremo nell' ordine della loro frequenza:

1.° Dilatazione della cavità del ventricolo destro con ipertrofia delle sue pareti.

2.° Uguale alterazione non solo nel ventricolo destro, ma eziandio nell' orecchietta corrispondente.

3.° Dilatazione della sola cavità dell' orecchietta destra con ipertrofia delle sue pareti, e contemporaneamente ostacolo al libero passaggio del sangue dalla cavità dell'orecchietta in quella del ventricolo. In tre casi avemmo occasione di riconoscere questa specie di alterazione.

In due individui la ristrettezza dell' orificio auricolo-ventricolare dipendeva dall' ingrossamento della valvola tricuspidale; nel terzo in luogo di questa valvola vi era una specie di sepimento fibroso quasi immobile, con un' apertura rotonda nel centro, in cui potevasi appena introdurre l' estremità del dito mignolo.

4.° Dilatazione della cavità dell' orecchietta destra, ed ipertrofia delle sue pareti, e niun ostacolo all' orificio auricolo-ventricolare, nè altra lesione nel cuore. Abbiamo veduto un solo caso di questa fatta, ed in esso i primi sintomi di affezione del cuore si manifestarono in conseguenza d' una pericarditide acuta; qui pure, come in altri casi già riferiti, parve che la pericarditide fosse stata la causa, che diede origine all' aneurisma dell' orecchietta destra del cuore. Sembrami, che questa osservazione meriti d'essere qui riferita estesamente.

Un uomo di sessant' anni, di robustissima costitu-

zione, militò nella maggior parte delle campagne che si succedettero dopo quella d'Egitto sino all'anno 1815 godendo sempre della più florida salute. Soltanto nel mese di marzo 1822 ebbe a soffrire una bronchitide intensa, di cui era ancora affetto nel giorno 5 di maggio. In questo stesso dì, senza causa conosciuta venne assalito da vivissimo dolore alla regione precordiale accompagnato da estrema difficoltà di respiro, e da molestissimo senso di ansietà universale. Si istituirono generosi salassi in forza dei quali in capo a dieci giorni i sintomi diminuirono di intensità, rimanendo però il respiro ancora affannoso; di giorno in giorno la dispnea aumenta; illanguidiscono le forze, e vedendo l' infermo, che la sua salute andava sempre più declinando chiese di essere ricoverato nello spedale della Carità, dove entrò nel giorno 22 di luglio. Dopo tre o quattro giorni di dimora si manifestò l'edema in vicinanza dei malleoli, il quale, dai 22 di luglio ai 15 di agosto, si estese agli arti inferiori, e superiori, e poco dopo si sviluppò anche l' ascite. Gli si prescrisse la tintura di digitale da principio alla dose di quindici gocce in una pozione, e la si aumentò nei giorni successivi sino a trenta; ma non si potè continuarne l'uso essendo insorto il vomito, che poi cessò spontaneamente al momento che fu sospesa la somministrazione della digitale. Mediante l' ascoltazione alla regione precordiale udivansi i battiti del cuore in istato perfettamente normale; sotto la clavicola sinistra però non si sentivano; ed invece alla parte inferiore dello sterno erano manifestissimi, ed accompagnati da un mormorio singolare; il polso era debole, regolare; e nitido, e forte sentivasi in ogni parte del petto il mormorio respiratorio (*Si applicarono di tempo in tempo varie mignatte all'ano, ed i vescicanti*

alle gambe). Verso la fine del mese d' agosto, enorme era la distensione delle cosce, per cui si credette conveniente di farvi delle piccole incisioni, dalle quali prontamente ne colò un'abbondante sierosità; ma in seguito ebbe a soffrire dolori vivissimi nei punti delle ferite, quantunque non vi si osservasse ai contorni traccia alcuna di rossore infiammatorio. Poco dopo gli sopraggiunse una copiosa diarrea; cadde in un estremo languore, ed in breve tempo cessò di vivere.

Alla sezione del cadavere si trovò il pericardio aderente al cuore in tutta la sua estensione. Le cavità sinistre di quest' organo nulla presentavano di abnorme; così pure il ventricolo destro; ma l' orecchietta destra invece era enormemente dilatata, a segno che sorpassava in volume le tre altre cavità del cuore riunite, e conservava quasi lo stesso volume e forma anche dopo essere stata vuotata dal sangue nerastro per metà coagulato, di cui era riempita; manifestissima appariva l'ipertrofia delle sue pareti; l'orificio auricolo-ventricolare destro era perfettamente libero. Niuna alterazione ai grossi tronchi arteriosi e venosi. - Iniezione generale del tubo digerente. - Fegato ingorgato di sangue.

5.° In un altro caso abbiamo veduto combinarsi l'idropisia generale con un' affezione di diverso genere del cuore destro; consisteva questa in una estrema ristrettezza della cavità del ventricolo destro, senza che d'altronde vi fosse ipertrofia delle pareti di esso, nè alcun' altra benchè minima traccia di alterazione organica nel resto del cuore. Sembrava che in questo individuo l' idropisia traesse origine dall'ingorgo permanente dell'orecchietta destra, la quale non poteva spingere nella troppo ristretta cavità del ventricolo che una piccolissima parte del sangue, che essa riceveva dalle vene.

Durante la vita non si potè scoprire col mezzo dell'ascoltazione alcuna traccia di lesione nel cuore, nè mai soffrì grande difficoltà di respiro.

In una seconda classe di idropici non si rinviene alcuna alterazione nelle cavità destre del cuore; ma invece ne è gravemente affetto il lato sinistro di questo viscere, ove si riscontrano le seguenti lesioni:

1.° Ostacoli di diversa natura, tanto all' orificio auricolo-ventricolare, come all' orificio aortico, associati a diversi gradi di dilatazione e di ipertrofia del ventricolo e dell' orecchietta del lato sinistro. Per questi ostacoli viene impedito il libero afflusso del sangue delle vene polmonari nell'orecchietta; dal che ne viene un disordine della circolazione sinistra nelle cavità destre, e per conseguenza formasi l'idropisia. Ciò nondimeno non devesi dimenticare, che in un certo numero di casi abbiamo ritrovato tanto la valvola mitrale, come le valvole aortiche munite di incrostazioni ossee di tal volume da renderne difficili i loro movimenti, e ciò osservammo specialmente in persone d'età avanzata, che erano morte in conseguenza di un' affezione estranea agli organi circolatorii, e che non presentarono mai durante la vita traccia alcuna d' idropisia.

2.° Aumento di volume del ventricolo e dell' orecchietta del lato sinistro (dilatazione delle cavità o ipertrofia delle pareti) senza ostacoli agli orificii.

3.° Semplice ipertrofia delle pareti del ventricolo sinistro, con dilatazione, o restringimento della sua cavità, esistendovi anche un ostacolo all'orificio aortico.

4.° La medesima alterazione del ventricolo sinistro, ma senza ostacolo all' orificio arterioso del medesimo.

In alcuni casi ove eravi anasarca ed ascite, non abbiamo rinvenuto altro vizio nel cuore fuorchè quest'ul-

tima specie d' alterazione; ma siccome in molti altri individui, e certamente maggiori in numero, osservasi una simile lesione del cuore, senza che sieno mai stati affetti d' idropisia, sembra, che si possa conchiudere, che ivi si combinava accidentalmente la congestione sierosa, e l' ipertrofia isolata del ventricolo sinistro senza ostacolo all' orificio aortico. Nondimeno ognuno facilmente comprende, che quando la cavità di questo ventricolo è assai ristretta, e che sieno in pari tempo poco energiche le sue contrazioni, il sangue giunto nell' orecchietta sinistra, non può essere ricevuto nel ventricolo colla medesima facilità come negli individui sani; questo ostacolo all' ingresso del sangue, dipendente dalla ristrettezza della cavità del ventricolo, può equivalere all' ostacolo prodotto dallo stringimento degli orificii auricolo-ventricolari o aortico. In ambedue questi casi avvi rigurgito, stasi di sangue nei vasi polmonari, ingorgo delle cavità destre del cuore, ec.

In una terza classe finalmente si possono annoverare le persone affette d' idropisia, nelle quali sono contemporaneamente colpiti da malattia ambo i lati del cuore. In alcune circostanze il ventricolo sinistro giunge a tanto volume, che si estende sino ad occupare lo spazio del ventricolo destro, il quale più non esiste realmente che sotto forma di una specie d' appendice, ha piccolissima cavità, ed insufficiente per ricevere tutto il sangue, che nello stato normale deve trasmettergli l' orecchietta destra. Altra volta, i due ventricoli trovansi simultaneamente dilatati, ed affetti d'ipertrofia; le orecchiette possono essere in pari tempo ingrandite nella medesima proporzione, ed il cuore intiero in allora presenta un volume enorme.

Si dà pure il caso, in cui essendo il cuore affetto

d'ipertrofia in tutte le sue parti, trovansi nondimeno ristretti gli orificii di comunicazione delle sue diverse cavità; mentre in altri individui questi orificii conservano il loro consueto diametro, e niuna alterazione esiste nelle valvole di cui sono muniti. Nel primo di questi casi facilmente si concepisce qual sia la causa che dà origine all'idropisia; ma nel secondo invece è dessa ben più oscura. Essendo infatti tutte le cavità nelle medesime condizioni fisiche, sembra che debbano ricevere ed espellere in uguale proporzione, e colla medesima libertà il sangue, che vi affluisce. Se pertanto non esiste ostacolo alcuno alla circolazione, se non avvi stasi nè rallentamento nel corso del sangue nell'interno del cuore, non vi dovrebbe formarsi l'idropisia; eppure non è meno vero che fu osservata in casi di simil natura. La spiegazione di questo fatto devesi forse ricercare nell'eccesso di capacità della cavità del cuore in confronto a quella conservata dal sistema vascolare? Dal complesso però delle nostre osservazioni ci crediamo autorizzati a conchiudere, che le congestioni sierose sono allora assai meno costanti, ed in quantità molto minore, che non quando il simultaneo aumento nelle dimensioni delle diverse cavità del cuore combinasi colla ristrettezza di uno, o di molti dei loro orificii.

XXV. L'idrope prodotto più o meno direttamente dalle differenti specie di affezioni organiche del cuore da noi fin qui esaminate, presenta nel successivo sviluppo un ordine quasi costante. Dall'osservazione risulta, che in ogni idropisia dipendente da una malattia del cuore, incomincia a manifestarsi l'effusione sierosa verso l'estremità degli arti inferiori, in vicinanza dei malleoli; indi a poco a poco si raccoglie la sierosità nelle gambe, e nelle cosce, diffondendosi sempre dal

basso all' alto. Soventi le mani si infiltrano contemporaneamente ai malleoli, e prima che l'edema siasi esteso alla parte superiore delle gambe. L' infiltrazione generale delle membra toraciche è meno frequente di quella delle membra addominali; che anzi non osservasi giammai in un certo numero di aneurismatici. Fin dal principio dell' affezione del cuore la faccia diventa tumida, ma simile gonfiamento rimane per lungo tempo stazionario, e di poca entità sì che pare piuttosto essersi la persona alquanto impinguata. L' edema della faccia aumenta considerevolmente allora soltanto che l' idropisia è giunta al massimo grado nelle altre parti del corpo. In alcuni infermi succede l'infiltrazione dello scroto, e del pene quasi nello stesso tempo che si manifesta l' edema ai contorni dei malleoli; mentre in altri, in forza di queste inesplicabili disposizioni individuali, che ad ogni passo ritroviamo nello studio della patologia, l' idrope delle parti sessuali maschili non si sviluppa se non quando le congestioni sierose esistono già in molti punti dell'organismo. Riguardo all' infiltrazione del tessuto cellulare sottocutaneo delle pareti toraciche, ed addominali nulla si può stabilire di costante intorno all' epoca della sua comparsa.

Il tessuto cellulare, che occupa le parti interne del corpo va pure soggetto ad infiltrazioni sierose quando l' idropisia fu di lunga durata, e grande la copia del siero raccoltosi nelle parti esterne. Avvengono queste infiltrazioni specialmente: 1.° nel tessuto cellulare sotto-sieroso dei mediastini, ed in quello che esiste fra la sostanza del cuore ed il pericardio; 2.° nel tessuto cellulare sotto-mucoso della vescichetta del fiele, della vescica, e delle intestina, ma non mai in quello dello stomaco.

Fra le membrane sierose, il peritoneo si riempie più frequentemente di sierosità in conseguenza di affezioni organiche del cuore. Ma, quasi costantemente, non cominciano a manifestarsi i primi segni dell'ascite se non dopo che l'infiltrazione si è progressivamente estesa dai malleoli alla parte superiore delle cosce. Se avviene il caso opposto puossi quasi con certezza conchiudere che l'ascite non trae origine dalla malattia del cuore, sia che questa esista, o non esista; e che invece dipende, per esempio, o da un'affezione del fegato, o da un'infiammazione più o meno latente del peritoneo, ec.

L'effusione di sierosità nelle pleure, ossia l'idrotorace, assai più di rado che non l'ascite, è il risultato di affezioni organiche del cuore; lo stesso dicasi dell'idropericardio. Nelle diverse porzioni dell'aracnoidea cerebro-spinale si raccoglie maggior copia di siero in conseguenza di malattie del cuore, che non in causa di affezioni morbose di altre parti dell'organismo.

Facilmente la teoria avrebbe potuto prevedere questi diversi risultamenti dell'osservazione. Abbiamo superiormente fatto riflettere, che le prime tracce di idropisia si manifestano ai contorni dei malleoli, ed è appunto in questo luogo il più lontano dal cuore che per necessità devesi da principio risentire l'influenza di un ostacolo alla circolazione venosa, esistente nel centro stesso di questa circolazione. Abbiamo parimenti osservato, che la sierosità si accumula più spesso ed in maggior quantità nel peritoneo, che non nelle altre membrane sierose, e la ragione di questo fatto consiste in ciò, che le vene del peritoneo passano a traverso il fegato ingorgato di sangue.

XXVI. Le diverse congestioni sierose da noi fin qui enumerate si formano ed aumentano più o meno ra-

pidamente. Vi sono persone nelle quali non osservasi per lunghissimo tempo altra traccia d' idropisia che un legger edema ai contorni dei malleoli. In altre, al contrario, pochi giorni dopo la prima comparsa di questo edema, tutto il tessuto cellulare ed il peritoneo si riempiono di una grande quantità di siero. Abbiamo veduto formarsi un doppio idrotorace assai considerevole in meno di quindici ore in un aneurismatico, che da lungo tempo era affetto d' anasarca e d' ascite. Nell'ultima visita da noi fatta a questo infermo abbiamo con diligenza esplorato il petto mediante l'ascoltazione e la percussione; ovunque udivasi con forza il mormorio respiratorio, ma la sua chiarezza era in molti punti alterata da diversi rantoli; così pure, percosse le pareti toraciche in ogni parte, risonavano come nel loro stato normale. Il malato d' altronde non appariva in condizione diversa dei giorni precedenti; sino verso le due ore dopo mezzogiorno non insorse alcun nuovo sintomo; ma da quel momento cominciò a farsi la respirazione assai più affannosa, ed in breve aumentò a tal punto la dispnea che, giunta nella sera all' estremo grado, il misero alle sette ore del mattino successivo era già moribondo; e dall' aspetto violaceo della faccia conoscevasi, che andava a morire per asfissia; alle ore otto antimeridiane dello stesso giorno cessò infatti di vivere.

Alla sezione del cadavere ritrovammo un' enorme effusione di siero limpido in ciascuna pleura, i polmoni ristretti, e fortemente compressi verso la parte posteriore delle coste in vicinanza della colonna vertebrale. Presso che tutta la cavità del torace era riempita dal liquido raccoltosi nelle pleure, e dal cuore, i di cui ventricoli erano dilatati con ipertrofia, ed ossificazione delle valvole aortiche e dell' aorta stessa.

Non v' ha dubbio, che il doppio idrotorace riscontrato alla sezione del cadavere siasi formato, o almeno notabilmente accresciuto, soltanto verso la metà della giornata antecedente alla nostra ultima visita, cioè quindici o venti ore prima della morte. Ogni pratico ebbe sicuramente occasione di vedere in pochissimo tempo effondersi gran copia di sierosità in conseguenza di una pleuritide acuta, ma ciò, a mio credere, assai più di rado avviene in un idrotorace. Si può d' altronde dubitare, che in questo caso l'idrotorace non abbia avuto origine dall' affezione stessa del cuore; e per verità, se l' effusione fu il risultato di una modificazione della circolazione venosa, per qual motivo non si è potuto giungere a riconoscere questa modificazione? Se essa dipendeva da un vizio del cuore perchè non si vide aumentare in pari tempo l' anasarca e l' ascite? Questo è un problema, che noi non possiamo ancora risolvere.

Nella stessa guisa che certe effusioni sierose si formano con grande rapidità, così pure vedonsi talvolta scomparire queste raccolte in brevissimo tempo. Vi sono infermi, nei quali, malgrado tutti i rimedii adoperati, l' idropisia rimane stazionaria per molti mesi; quando d' improvviso la sierosità effusa viene assorbita spontaneamente, senza che vi abbiano in ciò contribuito i soccorsi dell' arte; in pochissimi giorni non se ne trova più traccia, e talvolta l'assorbimento è ancor più pronto; in un caso, per esempio, l' abbiamo veduto effettuarsi e compirsi in meno di venti ore.

Questo rapido assorbimento di sierosità è accompagnato da diversi fenomeni, e produce risultamenti della massima importanza, all' esame dei quali ora rivolgeremo la nostra attenzione.

Il rapido scomparire dell' idropisia ora è preceduto,

ed accompagnato da sensibile miglioramento nella condizione dell' infermo; ed ora, al contrario, è, per così dire, il segnale degli accidenti i più funesti, e quasi immediatamente dopo ne succede la morte.

Nel primo caso, mentre il liquido effuso viene assorbito, da varii punti dell' organismo che stanno in comunicazione col mondo esterno ne fluisce un' abbondante sierosità. Altrove abbiamo riferito un' osservazione, da cui risulta che l' assorbimento dell' idrotorace avvenne contemporaneamente all'esalazione di una gran quantità di liquido sieroso dalla superficie dei bronchi; in un altro infermo abbiamo veduto manifestarsi un abbondante flusso intestinale sieroso, mentre risanava l'ascite. Tutti i pratici conoscono che aumentandosi la secrezione delle orine e del sudore, diminuiscono o vengono anche pienamente assorbite le raccolte sierose. Di rado avviene, che ambedue le secrezioni dell' orina e del sudore sieno in pari tempo notabilmente accresciute, nondimeno recentemente ci venne fatto di vederne un esempio in un giovane che presentava alcuni sintomi locali assai oscuri di una malattia del cuore, e che già da due anni era affetto d'anasarca e d'ascite. La cute aveva abitualmente arida, le orine erano scarse, e con abbondante sedimento. Visse per molto tempo in questo stato, quando d' improvviso e simultaneamente si stabilirono copiosissimi sudori, ed emise una grande quantità di orina acquosa; e questa doppia esalazione durò per tre giorni, e durante questo intervallo di tempo il liquido dell' idropisia fu completamente riassorbito.

In altre circostanze si assorbisce il siero, senza che osservisi in pari tempo alcuna insolita evacuazione. Che ne succede allora della sierosità? Rimane essa mista

col sangue, mentre nel primo caso sembra che si separi alla superficie della pelle, e nel parenchima dei reni.

Ma questa grande quantità di siero può in tutti i casi rimanere impunemente mista col sangue? Non ne possono forse derivare talvolta molesti accidenti, tanto per il subitaneo aumento della massa del liquido circolante ne' suoi vasi, come dal cangiamento de' suoi principii costituenti? Egli è certo, che simili accidenti avvengono, e si possono benissimo calcolare presso gli animali a cui venga iniettata nelle vene una certa quantità d'acqua. Nei primi momenti dopo l'iniezione scorgesi un' alterazione manifesta nelle funzioni del cervello; rimangono essi immobili e storditi; i loro passi sono incerti e vacillanti; in pari tempo, ed ancor più costantemente si accelera la respirazione, e divengono ansanti come dopo aver fatto una lunga corsa; ma in breve aumentano la secrezione delle orine, e specialmente l' esalazione polmonare, e mediante queste salutari evacuazioni l' organismo si libera del liquido straniero introdotto nelle vie circolatorie, e l' animale ritorna prontamente al suo primiero stato di salute. Se si continua ad iniettare dell' acqua accidenti ancor più gravi si manifestano; il polmone sempre più si ingorga di sangue, ne succede l' asfissia e la morte. Nel cadavere si ritrovano 1.° i polmoni ripieni di una gran quantità di siero spummeggiante, 2.° indizii di effusione acquosa in diverse cavità sierose.

Ammessi questi fatti, si dimanda, se possa farsene qualche applicazione a ciò che avviene nell'uomo quando improvvisamente scompare una raccolta sierosa senza che si stabilisca alcuna evacuazione? Senza pretendere di voler risolvere tale questione, facciamo qui soltanto riflettere, che molte volte in simil caso abbiamo veduto

manifestarsi nell'uomo la medesima serie di accidenti, che avvengono negli animali, che hanno ricevuto nelle loro vene una grande quantità d'acqua. Alcuni infermi mentre erano tuttora affetti d'idropisia, e subito dopo avvenuto l'assorbimento della sierosità, cadono improvvisamente in un estremo languore, divengono ottuse le facoltà intellettuali, istupidiscono i sensi, la respirazione si fa affannosa, sopraggiunge il rantolo tracheale, e muoiono prontamente in uno stato d'asfissia; e succedono tutti questi fenomeni senza che sia insorta alcuna nuova lesione di visceri, nè sieno prodotti da altra causa conosciuta. Alla sezione dei cadaveri poi abbiamo in simili circostanze ritrovato i polmoni assai ingorgati da una sierosità scolorata e spumeggiante. Talvolta, nel medesimo tempo che una cavità sierosa si vuota del liquido che vi era effuso, una nuova idropisia si forma in un'altra cavità parimenti sierosa, e questa specie di metastasi frequentemente succede in quelle cavità nelle quali meno frequentemente raccogliesi la sierosità in conseguenza di malattie del cuore. Ciò succedette nell'individuo affetto da doppio idrotorace, in cui venne assorbita l'effusione peritoneale, mentre le pleure si riempivano di siero.

Ecco un altro raro esempio di questo rapido cangiamento di sede dell'idropisia.

Un uomo di circa cinquant'anni, entrò nello spedale della Carità nel corso dell'anno 1819. Dai diversi sintomi locali e generali si riconobbe in modo da non dubitarne, che trattavasi di una malattia organica del cuore; era desso specialmente affetto d'anasarca, e d'ascite considerevole. Un giorno alla visita mattutina lo ritrovammo intieramente privo di sensi, cogli occhi fissi, colla bocca aperta ed immobile, e colla faccia

pallida; gli arti superiori, ed inferiori da noi sollevati cadevano per il loro proprio peso a guisa di masse inerti; la pelle pizzicata fortemente non dava che indizii di una sensibilità assai oscura, che manifestavasi con una lieve contrazione dei muscoli della faccia. Questo stato apopletico non era insorto che durante la notte, poichè fummo assicurati, che nella sera del giorno antecedente godeva ancora di tutta la libertà de' suoi movimenti e della massima integrità delle sue facoltà intellettuali. Fummo sorpresi da una circostanza, ed era che l'addome *voluminosissimo ventiquattr'ore prima, era notabilmente diminuito, nè più sentivasi la fluttuazione; e parimenti scemata d' assai era la gonfiezza delle membra.* Vi aveva frequenza massima di respiro, e rantolo sì che l'infermo morì poche ore dopo la visita.

I sintomi presentati da questo individuo nelle ultime ore di sua vita assomigliarono precisamente a quelli che osservansi nell'apoplessia, eppure non si rinvenne nel cervello alcuna traccia d'emorragia, ma gli emisferi cerebrali sembrarono più cedevoli dell'ordinario, e presentavano esternamente al tatto una specie di fluttuazione oscura; si tagliarono dall'alto al basso a strati sottili, e non erasi ancora giunto al livello ordinario della parete superiore dei ventricoli laterali, nè era ancora allo scoperto il centro ovale del Vieussen, che si scorgeva una sensibilissima fluttuazione; e levato ancora uno strato sottile di sostanza cerebrale, si vide uscire con forza una considerevole quantità di siero scolorato perfettamente limpido. Questa sierosità accumulatasi nei ventricoli laterali, non che nel terzo ventricolo, li distendeva prodigiosamente; le parti del cervello (corpo calloso, setto mediano, e volta a tre pi-

lastri) avevano però conservato la loro ordinaria consistenza, e soltanto il setto medio erasi fatto trasparente. Niun' altra rilevante alterazione esisteva nel cervello e nelle sue dipendenze. Esaminata la cavità del petto si ritrovarono i polmoni ingorgati di sangue, il cuore aumentato grandemente di volume, e dilatate le sue cavità con incrostazioni cartilaginee ed ossee ai contorni degli orificii auricolo-ventricolare ed arterioso del lato sinistro. Nel cavo del peritoneo non v'era che una piccolissima quantità di siero raccoltosi ai lati, e nell' escavazione del baccino; si fecero varie incisioni sulle membra, dalle quali ne colò pochissima quantità di fluido.

Questa osservazione presenta un esemplare preciso di una vera apoplessia sierosa, che ebbe incominciamento coll'assorbimento della sierosità già prima effusa nel peritoneo, e nel tessuto cellulare delle membra.

L' assorbimento subitaneo delle congestioni sierose, senza che si stabilisca altra evacuazione suppletoria, non dà sempre origine a sintomi così gravi come quelli ora esposti. Dipenderebbe forse tale fenomeno dall' esservi in questo caso poca quantità di sangue nel sistema vascolare, per cui può esso impunemente ricevere una nuova quantità di liquido? Se prima di iniettare dell' acqua nelle vene di un animale, gli si estrae una grande quantità di sangue, non vedesi sopraggiungere in esso alcuno degli accidenti superiormente annoverati. Ognuno però facilmente comprende, che da molte altre cagioni può dipendere la differenza degli effetti, che avvengono dopo l' assorbimento subitaneo del liquido delle idropi.

L'idropisia può manifestarsi nei diversi periodi delle malattie del cuore. Bisogna premettere che, pari es-

sendo le altre circostanze, l' epoca in cui compare la prima congestione sierosa è oltremodo varia, in ragione delle inesplicabili disposizioni individuali, ed è soventi in rapporto colla qualità della lesione stessa del cuore. Dalle nostre osservazioni intorno a questo importante punto di pratica abbiamo desunto le seguenti regole generali, le quali però, siamo ben lungi dal pretendere, che sieno senza eccezioni; queste regole altro non sono che l' espressione degli elementi più costanti che abbiamo potuto cogliere in mezzo ad un gran numero di elementi infinitamente varii, di cui si compone il fenomeno che cerchiamo di analizzare.

1.° Quando la sede primitiva della malattia del cuore è nel lato destro di questo viscere, e per essa ne risulta qualche ostacolo al libero riflusso del sangue venoso verso l'orecchietta destra, può fin dal principio del male manifestarsi l' idropisia; e questa precedere per lungo tempo la dispnea, e costituire, in una parola, il primo fenomeno morboso, che faccia sospettare dell' esistenza di una malattia del cuore, i di cui altri sintomi locali e generali non si mostreranno che in appresso.

2.° Quando, al contrario, l'organica alterazione del cuore esiste primitivamente nel lato sinistro, e se appartiene alla classe di quelle superiormente annoverate, le quali frappongono qualche ostacolo alla circolazione polmonare, ordinariamente l' idropisia si sviluppa in questo caso soltanto dopo un tempo più o meno lungo da che si sono manifestati gli altri sintomi caratteristici della malattia del cuore. L' affanno di respiro vi precede quasi sempre, e può durare per molti anni prima

che vedasi traccia d' infiltramento sieroso in qualche parte dell' organismo.

3.º Se finalmente ambedue i lati del cuore sono contemporaneamente affetti (e questo è sicuramente il caso più comune) nulla si può stabilire di preciso in questo proposito; ed a norma che predomina l' affezione dell' una o dell' altra delle cavità del cuore, precede la dispnea, e gli altri fenomeni morbosi sono preceduti, accompagnati, e susseguiti dall' idrope.

XXVII. In qualunque epoca sieno comparse da principio le congestioni sierose, nella maggior parte dei casi più volte si manifestano, e più volte si dissipano, finchè alla fine giungono ad essere permanenti. Si danno essempli di individui, i quali risanarono dal primo attacco d'idropisia, e solò dopo molti anni andarono di nuovo soggetti a raccolte sierose; ed in questo intervallo di tempo ora presentavano tutte le apparenze di una buona salute, ed ora soffrivano palpitazioni, dispnea abituale ed intermittente, ed altri malori indicanti un' affezione organica del cuore.

Rinnovasi l'idropisia per l'influenza di tutte quelle cause, le quali, esacerbando la malattia del cuore, tendono a sconcertare la circolazione venosa; e desse sono in gran novero. Tra queste cause devonsi principalmente annoverare le variabilissime modificazioni, che l'*innervazione* deviata dal suo stato normale imprime al cuore; ed è per questo motivo, che vedesi in persone affette da una malattia del cuore, e che già in un epoca più o meno lontana ebbero un attacco di idropisia, rinnovarsi la raccolta sierosa, in conseguenza di forti commozioni d'animo, della veglia, di studii troppo intensi e prolungati; da tali cagioni, come pure da quelle che ora accenneremo, può aver origine la prima congestione

sierosa; ma quando siasi già una volta sviluppata l'idropisia, in seguito rinnovasi con maggior facilità sotto l'influenza delle cause le più leggieri. Nello spedale della Carità abbiamo veduto in persone affette d'aneurisma del cuore, non per anco inveterato, manifestarsi l'idrope accompagnato da aumento dell'abituale difficoltà di respiro, da più forti palpitazioni di cuore, ecc. in conseguenza di abuso di liquori spiritosi, di un moto violento, di una insolita fatica corporale.

Varie malattie che sopraggiungono a persone già affette da organico vizio del cuore, possono talvolta grandemente contribuire alla genesi dell'idrope, modificando primitivamente i moti del cuore, dal che ne risulta maggior difficoltà nella circolazione venosa. In molti aneurismatici abbiamo veduto formarsi per la prima volta, o rinnovarsi le congestioni sierose in seguito ad una pneumonitide acuta, o anche ad una semplice bronchitide cronica momentaneamente esacerbata, e passata allo stato acuto. Così pure non è infrequente il vedere svilupparsi l'idropisia durante il decorso, o nella convalescenza di una flogosi gastro-enterica. Riferiremo un caso di simil genere, che specialmente ci sembra degno di considerazione per essersi in origine manifestata la malattia del cuore contemporaneamente all'idropisia insorta per la prima volta nella convalescenza di una gastro-enteritide.

Un giovane giardiniere di ventitrè anni entrò nello spedale della Carità nel mese d'aprile dell'anno 1824 presentando i seguenti sintomi: senso generale di oppressione; faccia rubiconda; cefalea sopra-orbitale; lingua bianchiccia e sparsa di punti rossi; sete ardente; dolore alla regione epigastrica, che aumentava sotto la compressione; diarrea sierosa; polsi frequenti, regolari,

sviluppati (*Sanguisughe all' ano*, *dieta*). Continuò la febbre nei successivi otto, o dieci giorni; la lingua acquistò un colorito rosso uniforme; sopraggiunse ad intervalli qualche alterazione nelle facoltà intellettuali; si istituirono due salassi e si prescrisse una dieta assoluta. Verso il quindicesimo giorno di malattia, i sintomi, che fino a quell' epoca andarono sempre aggravandosi, incominciarono a diminuire in numero ed in intensità, e per gradi giunse l' infermo alla convalescenza. Già da alcuni giorni la lingua aveva ripreso il suo naturale aspetto, cessata era la diarrea e la febbre; quando il malato ci fece osservare che aveva ambedue le gambe infiltrate di sierosità. Sorpresi di questo fenomeno, gli facemmo varie interrogazioni intorno allo stato di sua salute abituale avanti la comparsa della malattia acuta per la quale erasi ricoverato nello spedale; ma ci assicurò che egli aveva sempre goduto della più florida salute; che giammai erasi in lui manifestata la minima traccia d'idropisia; che in niun' epoca della sua vita aveva sofferto dolore nè palpitazione alla regione precordiale. Esplorammo il cuore mediante l' ascoltazione, e non udimmo alcun impulso, o mormorio insolito; i suoi battiti però si propagavano ad una grande estensione, cioè lungo lo sterno ed in tutto il lato anteriore destro del torace; le pulsazioni delle arterie non presentavano alcun carattere morboso. Dietro gli indizii somministrati dall' ascoltazione, e malgrado la mancanza della dispnea, ci parve verisimile, che questo individuo fosse affetto da una dilatazione delle cavità destre del cuore, e che in ciò consistesse la vera causa dell' idrope incipiente; questo fece rapidi progressi; in meno di quindici giorni si infiltrò tutto il tessuto cellulare sotto-cutaneo, e si sviluppò un' ascite considerevole. Nondime-

no libera ancora rimaneva la funzione del respiro (*Frizioni con tintura di digitale e vino scillitico; vescicanti alle gambe; ossimiele scillitico; decotto di gramigna nitrato con siroppo delle cinque radici; decotto di asparagi; fumigazioni di bacche di ginepro*). L'idropisia nè diminuì nè fece progressi nel decorso di un mese circa, successivamente essendosi aumentata la secrezione delle orine, in breve la sierosità effusa venne assorbita, e svanì ogni traccia di raccolta sierosa, sicchè il malato abbandonò lo spedale credendosi perfettamente guarito; ma sussisteva ancora un fenomeno morboso assai importante, cioè l'abnorme estensione dei battiti del cuore.

A primo aspetto questa raccolta sierosa presentava tutti i caratteri assegnati all'idrope detto essenziale; eppure traeva essa origine da una affezione morbosa del cuore, e fu il primo sintomo che a sospettare ci indusse dell'esistenza di un'alterazione nell'organo centrale della circolazione sanguigna. Essendo in questo caso l'idrope sopraggiunto durante la convalescenza di una malattia acuta, ed in seguito a molte emissioni di sangue, ed a rigorosa e prolungata dieta, potremmo forse supporla derivata dall'essersi il sangue accumulato nelle già dilatate cavità destre del cuore in forza della diminuita loro ordinaria contrattilità. Secondo questa maniera di vedere il metodo di cura da prescriversi all'infermo doveva consistere nell'uso di cibi sani e nutrienti, in moderata quantità. E per verità i diuretici non contribuirono sensibilmente a dissipare la raccolta sierosa, ma di mano in mano che venivano somministrati alimenti in maggior copia, il malato ricuperò le sue forze, e scomparve ogni traccia d'idropisia. Quantunque pertanto a noi sia nota la vera causa organica

di tale idropisia, a differenza degli antichi, che non la conoscevano; pure in questo caso particolare fummo condotti a far uso del medesimo metodo curativo, che essi avrebbero prescritto. Noi siamo pienamente convinti, che se in questa circostanza si fosse insistito nel trattamento intrapreso da principio, facendo altri salassi, e continuando nella dieta, i sintomi dell'affezione organica, invece di dissiparsi, si sarebbero maggiormente aggravati.

Questo fatto particolare viene pure in appoggio di quanto abbiamo superiormente asserito, cioè, che allorquando l'aneurisma incomincia a svilupparsi nel lato destro del cuore, può manifestarsi l'idropisia prima che la respirazione rendasi affannosa, o almeno quando la dispnea è ancor così lieve che il malato non ne soffre alcuna molestia.

XXVIII. L'idropisia, considerata come sintomo delle alterazioni organiche del cuore, può somministrare diversi schiarimenti intorno all'esistenza e natura delle medesime; e questi sono più o meno importanti ed esatti a norma delle circostanze che ora esporremo.

E prima di tutto, si danno esempi di persone, nelle quali, oltre l'idropisia, osservansi gli altri segni caratteristici di un'affezione organica del cuore, quelli, cioè, desunti dallo stato della respirazione, dalla condizione dei polsi, dall'applicazione della mano alla regione precordiale. In questi casi non può nascer dubbio intorno alla cagione dell'idropisia.

In altri individui le pulsazioni del cuore, esplorate collo stetescopio, ora nulla presentano di abnorme, ed ora sono alquanto più oscure che non nello stato normale. Il polso conserva la sua ordinaria forza, e regolarità; l'infermo respira con difficoltà, e cominciano

a manifestarsi tracce d'idropisia. È appunto nei casi di simil fatta, che, prima dei recenti progressi dell'anatomia patologica, e delle accurate indagini di Corvisart, dicevano i medici, essere quei malati minacciati di un'idrope di petto, e non facevano alcun conto dell'affezione latente del cuore. Ma ai nostri tempi tutti coloro che hanno coltivata l'anatomia patologica ritengono per dimostrato, che rarissimi sono i casi d'idrotorace idiopatico. In un numero di circa sei mila ammalati, ne abbiamo osservati cinque soli affetti di vera idropisia essenziale di petto, cioè che non presentavano alcuna considerevole lesione per cui spiegare altrimenti si potesse la grande effusione di sierosità effettuatasi in una delle pleure. Fra questo piccol novero di casi ora l'idrotorace costituiva la sola raccolta sierosa, che esistesse, ed ora vi aveva preceduto l'ascite, o l'anasarca.

Da questi fatti ne consegue, che la contemporanea esistenza della dispnea e dell'idropisia, e la mancanza di ogni altro segno che annuncii una malattia del cuore o del fegato, non indicano che attualmente si formi, o debba formarsi in appresso quella morbosa affezione detta *idrope di petto*, come asserirono molti scrittori, ed opinano tuttodì non pochi medici d'altronde commendevolissimi. Ma bastano forse questi due fenomeni morbosi ad assicurarci dell'esitenza di un'affezione organica del cuore, quando la medesima non si palesa per niun altro sintomo? A risolvere tale questione contribuirà non poco un attento esame intorno all'origine e progressivo sviluppo dell'idropisia. Se la congestione sierosa apparve da principio in vicinanza dei malleoli, e siasi per gradi diffusa dal basso all'alto; se l'edema si manifestò eziandio agli arti superiori, ed

alla faccia; se formossi l'ascite consecutivamente alle congestioni sierose delle membra, o della faccia; se finalmente l'infermo già soffriva difficoltà di respiro prima che si fosse raccolta gran copia di sierosità nel cavo del peritoneo e per conseguenza non si possa attribuire la dispnea alla semplice compressione esercitata sul diaframma dal liquido peritoneale, si potrà giudicare con somma probabilità, e direi quasi con certezza, dell' esistenza di una malattia del cuore; poichè in moltissimi individui, che durante la vita presentarono questo complesso di fenomeni morbosi, alla sezione anatomica si rinvenne quasi costantemente il cuore affetto da vizio organico.

Da queste considerazioni ne emerge che, in mancanza dei segni locali somministrati dall' ascoltazione, si può non di rado giugnere a riconoscere colla medesima certezza l' esistenza di una malattia del cuore per mezzo dei fenomeni generali or ora esposti. Avviene talvolta che dopo essere stati manifestissimi i segni desunti dell' ascoltazione, dai polsi, ecc., coll' andar del tempo svaniscono, o divengono almeno assai più oscuri, e ciò frequentemente osservasi negli ospedali, quando gli ammalati ivi soggiornano già da gran tempo. In simili casi altri indizii non rimangono per riconoscere l' affezione morbosa del cuore, fuorchè l' esistenza dell' idropisia, la particolar maniera d' iniezione della faccia, e la dispnea, che, sebbene diminuita, non è del tutto cessata. Se poi in queste circostanze si ordina all' ammalato di fare qualche esercizio di corpo, soventi improvvisamente si rinnovano, e con maggior intensità i diversi sintomi locali antecedentemente osservati.

Finalmente può succedere che manchi ancor la dispnea e che l'idropisia costituisca l' unico indizio della

malattia del cuore. Qual sarà in allora il valore di tal segno isolato? Se in questo caso l' ascite si manifestò prima d' ogni altra congestione sierosa, sicuramente essa non trae origine da una malattia del cuore. Se al contrario apparirono le prime tracce d' idropisia alle membra, e specialmente agli arti inferiori, potrassi ancor dubitare dell'esistenza di una incipiente lesione dell' organo centrale della circolazione; ma nulla però di certo si potrà stabilire su questo proposito. Quando la sierosità, prima che in ogni altra parte, si raccoglie nel peritoneo, è quasi certo che essa dipende da una latente infiammazione di questa membrana, e da qualche malattia del fegato. Se invece la congestione sierosa si manifesta in origine agli arti inferiori, il cuore può essere in condizione normale, e l'ostacolo alla circolazione può consistere in un'ostruzione completa o incompleta della vena cava addominale. Non facciamo qui parola degli aneurismi dell' aorta da alcuni considerati quali cause atte a produrre l' idropisia, poichè l' osservazione ci ha convinti, che questi aneurismi soltanto per una rara eccezione alla regola generale possono dar origine a raccolte di sierosità nel tessuto cellulare, e nelle cavità delle membrane sierose. Finalmente in alcuni individui (e questi sono per verità in piccol numero) nè dall' esame dei sintomi, nè dalle sezioni dei cadaveri non abbiamo potuto rilevare veruna specie di organica alterazione presente o trascorsa, a cui attribuir si potesse l'origine dell' idropisia, ed in casi di tal fatta bisogna pur chiamarla *essenziale*, cioè *non accompagnata da lesione organica a noi visibile*, finchè per nuove indagini non si arriverà a scoprirne la vera cagione.

Fra le idropisie dette essenziali, o almeno conside-

rate per tali dietro i sintomi, annovereremo quelle che frequentemente si manifestano in seguito alla scarlattina. Falsamente opinano coloro, che considerano questa specie di idrope qual risultato dell'irritazione della pelle comunicata al tessuto cellulare sottoposto, e fra i varii argomenti che oppor si possono a questa sentenza i seguenti sembranmi convincenti: 1.° Le prime tracce d'idropisia non si manifestano se non qualche tempo dopo la scomparsa dell'esantema, quando la cute è già in disquamazione. 2.° Raccogliesi la sierosità indifferentemente sì nei punti ove la pelle fu intensamente rossa, come in quelli ove ben poco si scostò dal suo naturale colore. 3.° Abbiamo veduto in alcune persone convalescenti di scarlattina, svilupparsi l'idropisia in luoghi lontani dalla cute, e nel cavo del peritoneo senza che vi fosse indizio alcuno di infiammazione di questa membrana. Volendo pure emettere una opinione intorno la causa probabile di questa singolare specie d'idropisia, faremo riflettere, essere verosimile che nel decorso della scarlattina, e specialmente durante il periodo della disquamazione, diminuisca alquanto l'esalazione della pelle, e che la sierosità, non venendo più eliminata per mezzo dei pori cutanei sotto la forma di traspirazione insensibile, si raccolga tra le areole esalanti del tessuto cellulare, o nelle cavità delle membrane sierose: sarebbe questa, come osservasi in mille altri casi, una vera secrezione vicaria. In appoggio di questa maniera di vedere sta pure un'osservazione, dalla quale risulta che ordinariamente si manifesta l'idropisia in conseguenza della scarlattina, quando i malati durante la convalescenza non sono tenuti in una temperatura sufficientemente calda, e sono esposti all'influenza di un'atmosfera umida. Se verisimile è questa nostra opinione, sembra

che uno dei migliori mezzi atti a prevenire l'idropisia consecutiva alla scarlattina, consista nel promovere moderatamente le secrezioni intestinali, ad imitazione di quanto praticavano gli antichi in simili circostanze. Queste però sono semplici congetture, che sottoponiamo alla meditazione dei pratici (10).

Nello spedale della Carità ci si presentarono sette casi di tal natura. Erano i malati tutti in giovanile età; gli uni di temperamento pletorico, e di robusta costituzione; gli altri deboli, e di temperamento linfatico. All' epoca del loro ingresso nello spedale già scomparso era l' esantema della scarlattina; ma nella maggior parte di essi vedevasi la cute ancor coperta di larghe squame d' epidermide. Quattro dei medesimi ci narrarono che appena cessata la febbre uscirono di casa e si sono esposti all' aria fredda; un quinto abitava durante la malattia in una camera bassa ed umida; gli altri due non soggiacquero all'influenza di alcuna fra queste cause. In tutti le prime tracce d' idropisia si manifestarono soltanto dai sei ai dieci giorni dopo la scomparsa del rossore della cute, un solo di essi era stato purgato; e tre furono trattati con abbondanti salassi nel decorso della scarlattina. L'idrope in alcuni si manifestò in origine alla faccia, in altri alle membra inferiori; ed in altri nel cavo del peritoneo. In due casi non si sviluppò che l' anasarca; negli altri cinque esisteva contemporaneamente l' anasarca, e l' ascite. Tre fra questi individui furono specialmente trattati con rimedii purganti continuati per più giorni di seguito in modo da determinare una permanente diarrea. Da tal metodo di cura a due di essi non ne risultò alcun danno; che anzi parve che l' aumentata secrezione intestinale contribuisse a sollecitare l' assorbimento del siero effuso; ma

nel terzo, dotato sicuramente di maggior sensibilità, si riaccese la febbre, arrossò la lingua, ed aumentò considerevolmente l' idropisia. Essendo stato sospeso l' uso dei purganti, svanirono in breve tutti questi fenomeni, ed abbandonata per così dire alla natura, l' idropisia venne in seguito spontaneamente assorbita. Tre altri ammalati furono curati con sostanze dette diuretiche (*Decotto di gramigna e di asparagi nitrato; miele scillitico, frizioni agli arti con tintura di digitale, tintura di cantaridi, vino scillitico, spirito di vino canforato*) Inoltre si applicarono varii vescicanti alle membra inferiori, e si fecero più volte al giorno le fumigazioni con bacche di ginepro. Finalmente in un altro ammalato, che era pallido, debole e quasi esangue, si adoperarono gli amari, e specialmente la china china somministrata sotto forma di siroppo, o di estratto, od in decotto. Dall' uso di tali rimedi si ottenne un sensibile miglioramento nello stato delle forze, e nella fisonomia, e la raccolta sierosa venne in breve assorbita. Conchiudiamo da questi diversi fatti che in casi di tal natura, come in mille altre occasioni, il trattamento curativo non potrebbe essere uniforme, e che deve per necessità variare in ragione di un gran numero di circostanze individuali, che coll' esercizio clinico soltanto si arriva a conoscere ed a valutare.

Riferiremo ora alcuni altri casi d' idropisia, nei quali l' anatomia patologica non giunse a scoprire veruna specie di alterazione organica che ne possa render ragione.

Molte donne affette da cancro all' utero vanno soggette negli ultimi mesi di loro vita ad un infiltramento sieroso di tutto il tessuto cellulare sotto-cutaneo. Formasi questo anasarca a poco a poco manifestandosi in

origine alla parte inferiore delle gambe, o alle mani, ovvero alla faccia. Alla sezione dei cadaveri non si rinviene alcuna alterazione a cui attribuir si possa la leucoflemmassia.

Una donna di ventiquattro anni, avendo partorito già da diciotto mesi, si presentò allo spedale della Carità affetta d'anasarca e d'ascite. Poco tempo prima del parto eransi manifestate le prime tracce d'idropisia, senza che però l'ammalata soffrisse alcun dolore nè nell'addomine, nè altrove. Questa donna cadde insensibilmente in languore, e morì quattro mesi dopo il suo ingresso nello spedale, non avendo mai presentato alcun sintomo per cui sospettar si potesse dell'esistenza di un qualche vizio organico. Alla sezione del cadavere si ritrovò la cavità peritoneale ripiena di una copiosissima quantità di siero limpido privo affatto di fiocchi, e senza traccia di pseudo-membrane nè antiche, nè recenti. *Tutti i visceri si ritrovarono in condizione normale.* Siamo però rimasti sorpresi da una circostanza, la quale consisteva nella mancanza quasi completa del sangue. Non solo nei grossi tronchi arteriosi e venosi eravi appena una piccolissima quantità di liquido rossiccio, ma eziandio le intestina, il fegato ed i polmoni, che ordinariamente si trovano ingorgati, e dove sembra che nell'agonia, o immediatamente dopo la morte si accumuli la maggior parte del sangue, erano intieramente scolorati ed esangui.

Un'altra donna di cinquant'anni era già da quindici mesi affetta d'anasarca e d'ascite quando fu ricoverata nello spedale della Carità. La medesima, al pari della precedente, non presentava sintomi di affezione locale, passò per gradi alla consunzione, morì, ed all'autopsia cadaverica non si rinvenne alcuna le-

sione organica, che considerar si potesse qual causa dell' ascite. Tutti i visceri erano sani, eccettuato lo stomaco, la di cui membrana mucosa era considerevolmente ammollita verso il fondo cieco.

Un villico di ventidue anni aveva goduto la più florida salute sino al mese d' aprile dell' anno 1821; quando, da quell' epoca, senza causa conosciuta e senza soffrire alcun dolore, aumentò grandemente in pochi mesi il volume del suo ventre, e divennero edematosi gli arti inferiori. Ci raccontò il malato, che verso la fine del mese di luglio in conseguenza di una spontanea ed abbondante diarrea, in pochissimo tempo si dissiparono l'ascite e l'edema delle membra. Ma ben presto, malgrado l'insistenza di copiose secrezioni alvine, ricomparve la gonfiezza al grado di prima; e sino alla fine d'ottobre durò la diarrea, e di giorno in giorno andò perdendo le forze. Questo infermo entrò nello spedale ai primi di novembre 1821. Aveva allora la faccia pallida e gonfia; manifesta appariva la fluttuazione del ventre che però era indolente; le membra inferiori erano edematose; la respirazione era libera; percosso il petto risonava normalmente in ogni sua parte; ed esplorato collo stetescopio nulla udivasi di insolito nè nel mormorio respiratorio, nè nei battiti del cuore; il polso era piccolo ed alquanto frequente; poco calore vi aveva alla cute. Il malato nel corso di ventiquattro ore evacuava da otto a dieci scariche alvine, acquose, e non mai accompagnate da alcun dolore. Si lagnava sempre di aver freddo. L' orina era scarsa, *acquosa*, *limpida*, e *senza sedimento (Decotto di riso*, *tisana di gramigna con gomma*, *e nitro)*.

Dopo quattro, o cinque giorni dal suo ingresso nello spedale, addì 10 novembre, si fecero varie scarifi-

cazioni alle due cosce, e ne colò un abbondante copia di siero. La diarrea insisteva tuttora. Nei giorni 10 ed 11 si aggiunse alla prescrizione ordinaria un bicchiere di decotto di catecù, e le fumigazioni di bacche di ginepro. Nella notte del 12 al 13 aumentò considerevolmente la diarrea, e nel 13 si manifestò un rossore dolente ai contorni delle incisioni. Addì 14, erasi sviluppata alla coscia destra una vasta risipola, che ne occupava tutta la parte superiore interna, e cagionava all'infermo dolori vivissimi. Onde moderare la diarrea si sperimentò un clistere d'amido coll' aggiunta di due dramme di diascordio e di dodici gocce di laudano del Rousseau; nel giorno successivo infatti assai meno frequenti furono le dejezioni alvine. Addì 15, la risipola era maggiormente diffusa, a tutta la coscia fatta dura e dolente. Fin dal giorno anteriore si gonfiò lo scroto. Il polso era piccolo e frequente, la pelle calda.

Addì 16 novembre si rinnovò la diarrea in egual copia, la cute della coscia destra e dello scroto era di un color rosso vivo; lingua arida; alterazione dei lineamenti della fisonomia, avvilimento. Addì 17, larga escara in corrispondenza della parte superiore interna della coscia, con rossore tendente al bruno della cute che la circonda. La risipola si è estesa alla parete anteriore dell'addome, dalla piegatura della coscia sino alla cresta dell'ileo, ed andava terminando alla linea bianca, scomparso è l' edema della faccia, ma i suoi lineamenti sono profondamente alterati. Il misero invoca la morte, e s' accorge d' esser prossimo alla sua fine; le facoltà intellettuali sono ancora immuni da ogni alterazione, la respirazione non è più dell'ordinario affannosa; il polso è piccolissimo, e di un' estrema frequenza. Due dramme di estratto acquoso di china china, ed un denaro

di canfora in quattro once d'acqua distillata di fiori di tiglio ed un'oncia di siroppo di garofani. Nel corso della giornata cadde in estremo languore, ed all'indimani morì.

Sezione del cadavere.

Il cervello, e le sue dipendenze si ritrovarono in condizione normale; presentavano nondimeno queste parti un singolar pallore. I polmoni erano di un color bianco fulvo, non ingorgati, perfettamente crepitanti a guisa di quelli degli animali morti d'emorragia.

Niuna alterazione nel cuore e nelle sue dipendenze (pericardio, arterie e vene); queste diverse parti non contenevano che una piccolissima quantità di sangue. Pallida era pure la sostanza stessa del cuore. Nel cavo del peritoneo ritrovammo una enorme quantità di siero di color citrino, perfettamente limpido. Non si scoprì nè nello stesso liquido, nè nella membrana donde fu esalato indizio alcuno da cui rilevar si potesse una precedente peritonitide. Le intestina, esternamente scolorate, sembravano lavate nella sierosità che le inondava. La membrana mucosa dello stomaco era in tutta la sua estensione pallida e sottile, senza essere ammollita. Lo stesso pallore riscontravasi in tutta la superficie interna delle intestina, eccettuata la parte inferiore del colon trasverso ed il colon discendente, ove esisteva una specie di arborizzazione vascolare limitata però alla sola membrana mucosa.

Il fegato era poco voluminoso, e scolorato; la milza piccola e dura; le vene pallide, ed i muscoli ugualmente bianchicci e quasi atrofici.

Questa osservazione è interessante sotto molti rap-

porti. E prima di tutto offre un esempio di antica idropisia, che non può credersi prodotta nè mantenuta da alcuna alterazione organica di qualche importanza. Ma ciò che ci sembra meritare tutta la nostra attenzione si è la piccolissima quantità di sangue ritrovata nel cadavere. Non prestiamo alcun valore allo stato di vacuità del cuore e dei grossi vasi, essendo comune a molti estinti; ma i vasi capillari delle diverse parti del cervello, dei polmoni, del fegato, dei reni, delle intestina, del parenchima del cuore erano ugualmente vuoti a segno che si sarebbe detto essere questo individuo perito d'emorragia. Soltanto in due punti eravi realmente del sangue: 1.° in alcuni vasi della membrana mucosa di una piccola parte dell'intestino colon; 2.° nella cute della coscia destra ove esisteva la risipola. In questo caso adunque vediamo combinarsi una considerevole diminuzione della massa sanguigna coll'esistenza di un' idropisia detta essenziale. Un proverbio volgare dice che negli idropici *il sangue si converte in acqua*. Ciò è assolutamente falso nel maggior numero de' casi, poichè vi sono molte idropisie associate ad una eccedente quantità di sangue; e ciò avviene specialmente quando la raccolta sierosa trae origine da qualche vizio del cuore. Ma questo è certamente un caso ben diverso: qui pare che i liquidi, che emanano dal sangue, e specialmente la bile e l' orina non si formassero che in piccolissima quantità; che anzi non si hanno prove della produzione della bile: se nei diversi tessuti esiste ancor del sangue, è però certo, che questo sangue ha subíto grandi modificazioni; è desso privato del principio colorante, e se contiene ancora della fibrina, ha questa perduto la sua facoltà di coagularsi, ed è disciolta in una eccessiva copia di

sierosità, la quale costituisce in ogni parte dell'organismo l' elemento chimico predominante.

Ho creduto prezzo dell' opera di diffondermi lungamente intorno a questi fatti, che mi sembrano della massima importanza per la terapia. Se si potesse giungere a dimostrare, che in un certo numero di casi vi ha una stretta relazione tra la condizione del sangue e la genesi di molte idropisie, ne verrebbe in conseguenza che il metodo curativo dovrebbe essere diretto allo scopo di ridurre il sangue allo stato suo normale. Questa sarebbe l' indicazione: appartiene poi all' esperienza il decidere se i mezzi dell' arte sono idonei all' uopo. Bisognerebbe in questo caso (se così è lecito l'esprimersi) rinovare tutta la massa del sangue. Taluno forse ci accuserà di essere ancor ligii ai principii della teoria umorale. Niuno però, a mio credere, vorrà ricusare di adottarli qualora sieno confermati dall' analisi dei fatti (*).

Vi ha in questa osservazione un' altra circostanza degna di riflessione, ed è l'alterazione infinitamente lieve della membrana mucosa intestinale in un individuo affetto già da lungo tempo da copiosissima diarrea. Sembra che vi fosse un trasudamento sieroso alla superficie interna delle intestina, della medesima natura di

(*) All' epoca in cui io scriveva queste linee, sembrava essere uno strano paradosso tutto ciò che tendeva a fissare l' attenzione sull' influenza del sangue nella produzione delle malattie. Da quell' epoca in poi si progredì in tali ricerche, e si sono pubblicati ed interpretati nella stessa maniera molti fatti consimili a quelli che nell' anno 1825 mi suggerirono le suddette riflessioni. Parve, che cotesti fatti fossero divenuti assai più comuni, poichè nuove teorie diressero le indagini degli osservatori su questo argomento.

quello che succedeva nelle areole del tessuto cellulare, e nella cavità del peritoneo.

Finalmente, in mezzo a questo stato anemico, formossi una congestione sanguigna nei punti ove le incisioni fatte all' oggetto di evacuare la sierosità avevano determinato una lieve irritazione. Ecco una prova, fra le mille altre che addur si potrebbero, la quale ci persuade che la produzione dell' infiammazione non dipende da uno stato pletorico, e che quand' anche non vi fosse nell' organismo che una sola goccia di sangue, essa affluirebbe verso il punto irritato. Dirò di passaggio essere questa una delle più grandi obiezioni che si può fare al metodo generalmente adottato in Francia, il quale consiste nel combattere qualunque processo infiammatorio soltanto con sottrazioni sanguigne più o meno abbondanti. Egli è nondimeno certo che, sebbene questo mezzo serva a togliere momentaneamente l' ingorgo sanguigno nella parte infiammata, non si arriva però a distruggere quella causa ignota per cui il sangue, sottraendosi alle leggi ordinarie della circolazione, tende incessantemente ad accumularsi nel punto ove esiste un' infiammazione (*) (11).

Il nostro infermo presentò nel decorso della sua malattia un altro fenomeno, che non devesi perdere di vista, e consiste in ciò, che appena si sviluppò la risipola, la cute affetta si colorì in bruno, e cadde rapidamente in gangrena.

Nei diversi casi fin qui riferiti, le congestioni sierose si formarono a poco a poco, e durarono per più mesi prima che ne avvenisse la morte. Ecco un altro esem-

(*) Ho sviluppato questo punto di dottrina, trattando dell' iperemia nel mio *Précis d'anatomie pathologique*.

pio in cui l' idropisia, ugualmente essenziale nel senso superiormente indicato per non essersi ritrovata alcuna alterazione organica a cui attribuirla si potesse, tenne un decorso di gran lunga più acuto. Nelle pleure inoltre si radunò gran copia di sierosità da cui ne venne una pronta morte in conseguenza del sempre crescente affanno di respiro.

Una giovane nubile di vent' anni fu ricoverata nello spedale durante l' autunno dell' anno 1825, ed era allora nel seguente stato: enfiagione considerevole della faccia; infiltramento del tessuto cellulare in tutta la periferia del corpo; ascite manifesta per il volume del ventre e per la fluttuazione; decubito orizzontale sul dorso; respirazione breve, accelerata. L' edema delle pareti del torace rende nulli gli indizii che avrebbe potuto somministrare la percussione; ma verso la parte posteriore destra in vicinanza dell' angolo inferiore dell' omoplata sentesi chiaramente: 1.° la respirazione bronchiale non alterata da veruna sorta di rantolo; 2.° l' egofonia, o almeno un rimbombo, un suono particolare di voce simile al belar dei capretti, che non esiste in alcun altro punto. Non vi hanno sintomi per cui sospettare si possa di uno stato morboso del cuore. Il polso è parimenti in condizione normale. — Assicura questa giovane di essersi ammalata soltanto da quindici giorni senza che ne sapesse la cagione; erasi da principio accorta che le si gonfiavano la faccia e le membra; per gradi questa enfiagione, in origine di poco momento, era considerevolmente accresciuta; ma solo da quattro a cinque giorni soffriva affanno di respiro (*Vescicanti alle gambe*; *frizioni stimolanti alle membra*; *bevande diuretiche*).

Nelle successive tre settimane non avvenne alcun

cangiamento nella condizione dell' inferma; quando d' improvviso aumentò considerevolmente la dispnea, e *sentimmo tanto alla parte posteriore sinistra del torace, come a destra, la respirazione bronchiale, e l'egofonia.* Frattanto aggravò maggiormente la dispnea, e l' inferma non tardò a soccombere in uno stato d' asfissia, avendo conservato sino agli ultimi istanti di sua vita il libero uso delle sue facoltà intellettuali.

Alla sezione del cadavere ritrovammo un' effusione abbondante di sierosità in ciascuna pleura; ma niun segno indicava che queste membrane fossero state affette da processo infiammatorio. Il parenchima polmonare, sebbene compresso dalla raccolta sierosa, era nondimeno sano. Il cuore non presentò alcuna rilevante alterazione, ed i vasi che vi entrano o che n' escono erano in condizione perfettamente normale. Nelle grosse vene esisteva una grande quantità di sangue nerastro molto liquido.

Nell' addome, il peritoneo conteneva una sierosità limpida, ma non presentava alcuna traccia di infiammazione. Il fegato, la milza, ed il pancreas sembravano sani. Niuna alterazione nel canale digerente; soltanto osservasi uno sviluppo maggiore dell' ordinario dei follicoli mucosi verso l'estremità inferiore dell' intestino tenue, i quali avevano la forma di piccole granulazioni bianchicce. Ma eranvi altri organi affetti da una lesione organica della massima importanza: la sostanza corticale esterna dei reni, ed una parte della sostanza tubulosa erano convertite in un tessuto granulare bianchiccio, diviso in piccole masse dal residuo del tessuto rossiccio naturale al rene. In molti punti però si scorgevano ancora intatti i coni della sostanza tubulare e coperta di piccole prominenze.

Si domanda ora se da questa particolare alterazione dei reni ne sia insorto un ostacolo alla libera secrezione dell'orina, ed abbia per conseguenza contribuito alla genesi dell' idropisia (*). Comunque la cosa sia, quella fu l' unica lesione, che abbiamo rilevato dalla sezione del cadavere. Ma se in questo caso oscurissima è la causa della malattia, altrettanto più manifesta è quella della morte, consistendo essa nell'idrotorace di ambedue i lati.

Dai diversi fatti da noi esposti ne emerge, che non solo da un processo infiammatorio, o da un ostacolo meccanico alla circolazione sanguigna ma da altre cagioni ancora possono aver origine le idropisie.

ARTICOLO QUARTO

LESIONI DEL CUORE RICONOSCIUTE PER MEZZO DELL' ASCOLTAZIONE.

XXIX. Trattando di questo argomento seguiremo la bella divisione indicata da Laennec, la quale consiste nello studiare, mediante l'ascoltazione, i movimenti del cuore, nel rapporto del loro impulso, del mormorio, dell'estensione, e del ritmo.

L'impulso comunicato al cilindro dai battiti del cuore è d' ordinario limitato alla sola regione precordiale. Noi l'abbiamo però più d'una volta udito in corrispondenza della parte inferiore dello sterno, alla regione epigastri-

(*) Lo stato dei reni indicato in questa osservazione fu descritto, dopo la pubblicazione della prima edizione di quest' opera, sotto la denominazione di *granulazioni del rene* da un medico inglese, il dottor Bright, il quale pure considera tale morbosa alterazione di questo viscere qual causa di un certo numero d' idropisie.

ca, ed anche all'ombelico. Questo impulso non è sempre lo stesso relativamente alla sua intensità, ed al punto ove viene comunicato. Un fabbro dell' età di vent'otto anni andava soggetto già da molti anni a frequenti palpitazioni, quando fu ricoverato nello spedale della Carità; ad ogni pulsazione del cuore vedevasi spingere in alto considerevolmente l' epigastrio; il cilindro, applicato in questa regione veniva respinto durante l'intervallo di ciascuna pulsazione del cuore; di modo che il capo dell'osservatore ogni volta si alzava di varie linee, e questa elevazione era visibile a molti piedi di distanza. Udivasi pure un forte impulso alla parte inferiore dello sterno ed alla regione precordiale, i battiti del cuore si sentivano in tutti i punti del torace. Questi fenomeni durarono per molti giorni, quando l' impulso dell' epigastrio cominciò a diminuire e successivamente non era più sensibile; così pure assai meno forte divenne l' impulso alla regione precordiale. È poi da osservarsi, che il polso delle arterie, dapprima piccolissimo, vermicolare ed irregolare finchè i battiti del cuore si succedevano con un impulso considerevole, acquistò in forza e regolarità a misura che questo impulso si indebolì, e si circoscrisse alla regione precordiale.

Qual specie di alterazione indica l' impulso comunicato al cilindro dai battiti del cuore? Noi abbiamo soventi verificato ciò che Laennec già disse, cioè che l'esistenza di questo impulso è in relazione causale coll'ipertrofia delle pareti di una o di più cavità del cuore; ma non tutte però le ipertrofie del cuore devono necessariamente produrre questo fenomeno. In molti casi nei quali ritrovammo dopo la morte le pareti dei ventricoli assai ingrossate, e le loro cavità notabilmente dilatate,

non abbiamo riconosciuto durante la vita veruna specie d' impulso. Così pure altre persone affette da semplice ipertrofia del ventricolo sinistro con grande diminuzione della sua cavità (ipertrofia concentrica di Bertin e Bouillaud), non presentarono giammai alcun impulso. Sembra pertanto, che ove avvenga un simile fenomeno, deve non solo essere aumentato lo spessore delle pareti del cuore, ma fa d' uopo eziandio, che le loro fibre si contraggano con un certo grado di energia, e quest' ultima condizione non dipende necessariamente ed unicamente dall' aumentato spessore del muscolo, come già altrove abbiamo fatto riflettere. In prova di ciò sta l' osservazione, da cui risulta che semplici palpitazioni in persone di temperamento nervoso o pletorico, palpitazioni indipendenti da qualsiasi lesione organica del cuore, determinarono talvolta un forte impulso, che cessa col cessare delle palpitazioni. Si danno inoltre dei casi di vera ipertrofia, nei quali l' impulso non si manifesta che ad intervalli più o meno lontani, tanto senza causa riflessibile, come in conseguenza di un disordine dietetico, dell' uso intempestivo di rimedii stimolanti, dell' invasione di una flemmassia acuta di qualche organo, di un insolito esercizio di corpo, di una commozione d' animo, ecc.

In alcuni individui affetti da malattia organica del cuore sentesi alla regione precordiale, ed alla parte inferiore dello sterno, un mormorio particolare, le di cui diverse varietà furono indicate e descritte sotto la denominazione di mormorio di soffietto, o di lima. Questa specie di mormorio riscontrasi frequentemente in pratica; ma quale indizio somministra per la diagnosi della malattia? Egli è fuor di dubbio, che osservasi talvolta questo fenomeno in persone nelle quali esiste

un ostacolo al libero passaggio del sangue pe' diversi orificii del cuore. A norma poi del luogo ove sentesi questo mormorio e del momento della contrazione ove egli è sensibile, si può eziandio in qualche caso determinare la sede precisa dell' ostacolo. Ma non sempre così succede in pratica, poichè varie volte non abbiamo udito alcun mormorio di soffietto in persone nelle quali uno degli orificii del cuore presentava uno stringimento simile a quello che abbiamo ritrovato in altri individui, nei quali durante la vita era manifestissimo il mormorio di soffietto; in altri casi, finalmente, gli orificii del cuore sono in condizione perfettamente normale, e nondimeno si è sentito il rumore di soffietto. Udivasi chiaramente questo mormorio in una persona in cui non eravi altra lesione al cuore fuorchè un' ipertrofia del ventricolo sinistro associata ad un' estrema piccolezza della sua cavità. In un altro soggetto all' opposto, ritrovammo la cavità del medesimo ventricolo assai dilatata. Così pure in un terzo individuo nel quale udivasi un ben distinto mormorio di soffietto alla regione precordiale, e verso la parte inferiore dello sterno, il cuore era di un enorme volume. Le pareti del ventricolo sinistro avevano uno spessore considerevole, e la sua cavità era tanto dilatata, che poteva contenere un uovo di gallina. L' orecchietta sinistra e l' orificio auricolo-ventricolare di questo lato, e l' orificio aortico non presentavano alcuna abnormità: verso la curvatura dell' aorta vedevansi delle chiazze cartilaginee. Il ventricolo, e l' orecchietta del lato destro erano considerevolmente dilatate, ed assottigliate le pareti del ventricolo medesimo. Non esisteva alcuna alterazione agli orificii di questo lato; trovavasi gran copia di sangue in tutte quattro le cavità del cuore.

L' esistenza pertanto dei diversi gradi del mormorio di soffietto non dipende necessariamente dalla presenza di un ostacolo a taluno degli orificii del cuore, poichè esso esiste quand' anche non siavi ostacolo di sorta, e non sempre si riscontra nei casi ove realmente l' ostacolo esiste. È poi da osservarsi, che questo mormorio non sempre sentesi continuamente; più volte infatti l' abbiamo udito distintissimo all' epoca dell' ingresso degli ammalati nello spedale, quando grandissimo era il disordine della circolazione, e grave la dispnea; mentre col progredire del tempo, conservando il riposo, e sotto un opportuno metodo di cura, andava calmandosi, ed infine cessava completamente.

Da questi diversi fatti emerge che la produzione del mormorio di soffietto dipende soventi dalla riunione di molte circostanze. La prima sembra consistere in una quantità di sangue maggiore dell' usato, che in un tempo determinato si porta agli orificii del cuore; quindi noi talvolta udimmo il mormorio di soffietto in soggetti pletorici, e che d' altronde non presentavano alcun segno d' affezione organica del cuore; così pure presentano questo fenomeno alcune donne di temperamento sanguigno all' epoca della mestruazione. Ciò premesso, si concepisce come debba suscitarsi ben più facilmente il mormorio di soffietto quando uno degli orificii del cuore trovasi morbosamente ristretto in causa di ossificazione, o di tutt'altro vizio; e si intende come nel medesimo caso questo mormorio possa diminuire o cessare sotto l' influenza del riposo, della dieta, o dietro la sottrazione di una certa quantità di sangue. Se, malgrado questi presidii, persiste tuttora il mormorio di soffietto, se rassomiglia al rumore che cagionerebbe lo sfregamento di una lima, devesi allora credere che esista un

vero stringimento di uno degli orificii del cuore, cagionato probabilmente da una considerevole ossificazione. Non abbiamo giammai udito il mormorio di lima propriamente detto, fuorchè alla regione precordiale, mentre i diversi gradi del mormorio di soffietto si sentono quasi colla medesima frequenza tanto a destra, che a sinistra; il che dipende dall' essere di gran lunga più comuni le ossificazioni del lato sinistro, che non quelle del lato destro del cuore.

Ma non è soltanto nel cuore ove sentesi il mormorio di soffietto di cui si tratta. Un suono più o meno analogo si fa talvolta sentire nelle diverse arterie nell' intervallo della diastole, ovvero, per esprimersi con altri termini, ogni volta che esse ricevono dal cuore una nuova quantità di sangue; riferiremo due casi di questo genere, nei quali si riscontrarono taluni dei segni, che in questi ultimi tempi furono considerati proprii dell'arterite (Bertin e Bouillaud).

Un operaio addetto ai lavori chimici, di quarantasette anni soffriva già da quindici mesi un dolore abituale al dorso, fra le due spalle, lungo il tragitto della colonna vertebrale, diffondendosi ora al sacro, ora alle membra, ed eziandio sino alla regione epigastrica ogniqualvolta si esacerbava il dolore dorsale. Negli ultimi due mesi avanti che l' infermo fosse ricoverato nello spedale della Carità, i dolori erano vivissimi, e andò frequentemente soggetto ad una specie di assopimento delle facoltà intellettuali. All' epoca in cui fu da noi esaminato, la condizione del sistema circolatorio eccitò specialmente la nostra attenzione: il cilindro applicato alla regione del cuore veniva leggermente respinto, e quivi udivasi un mormorio di soffietto ben distinto, che sembrava succedere immediatamente ad ogni contra-

zione dei ventricoli: questo mormorio non era limitato soltanto al cuore, ma eziandio sentivasi con molta forza 1.° alla regione epigastrica in corrispondenza della linea mediana dall' appendice ensiforme sino all' ombelico; 2.° alle cartilagini delle coste del lato destro, 3.° lungo il tragitto delle due carotidi primitive; comprimendo queste arterie colla mano sentivasi un mormorio fortissimo, e ad occhio nudo vedevansi battere con estrema energia; 4.° questo medesimo mormorio di soffietto udivasi, in grado meno sensibile, alla parte posteriore del tronco, lungo la colonna vertebrale, specialmente verso il centro della regione dorsale; il polso era duro, vibrante. — L' infermo d' altronde non accusava alcun senso di oppressione; poteva decombere sul dorso, ed indifferentemente in tutte le posizioni; nè giammai gli si manifestò alcuna traccia d' idropisia; il mormorio respiratorio era forte e chiaro in ogni parte del petto. Questo individuo non rimase allo spedale che per soli dieci giorni, ed uscì nel medesimo stato in cui era entrato.

In questo infermo un fenomeno vi ha degno specialmente di riflessione, e consiste in ciò che il singolare mormorio che udivasi lungo il decorso dei grossi rami arteriosi, come pure quello che esisteva alla regione stessa del cuore, erano isolati da ogni altro dei sintomi ordinarii delle malattie organiche del cuore; nel seguente caso al contrario vedremo combinarsi un simile mormorio nelle arterie colla dispnea, e con un' incipiente idropisia.

Una giovane cameriera inglese verso la fine dell' inverno dell' anno 1822 incominciò a soffrire vivi dolori ed enfiagione ad ambedue le ginocchia. Dopo aver durato per lungo tempo questi dolori scomparvero, e vi

si sostituì una particolare sensazione di stringimento alla regione precordiale, accompagnata da dispnea considerevole. Quando entrò nello spedale della Carità presentava i seguenti sintomi: Decubito orizzontale penosissimo in causa della grande difficoltà di respiro, che ne risultava; respirazione breve, accelerata; voce tremante; udivansi i battiti del cuore con un ben chiaro impulso e mormorio di soffietto 1.° alla regione precordiale, 2.° alla parte inferiore dello sterno ed all' epigastrio. Applicando il cilindro lungo il dorso, su tutto il lato posteriore sinistro del torace, in corrispondenza delle carotidi, si sente il medesimo mormorio di soffietto come alla regione del cuore; il polso è frequente, regolare, vibrante. Ne' successivi otto giorni non variarono i fenomeni riconosciuti per mezzo dell' ascoltazione, aumentò la difficoltà di respiro a segno da minacciare un' imminente soffocazione, e si sviluppò l' edema alle membra inferiori (*Salassi abbondanti, senapismi e vescicanti rubefacenti applicati alternativamente a diversi punti del corpo; decotto d'orzo nitrato*). Aumentando di giorno in giorno l' intensità dei sintomi, il pericolo andava sempre più crescendo; nondimeno cominciò a diminuire alquanto il mormorio di soffietto delle arterie, e del cuore, ed in seguito cessò del tutto; così pure sensibilmente minore si fece l' impulso comunicato allo stetoscopio dai battiti del cuore, nè più si diffondeva all' epigastrio; l' inferma respirava con maggior libertà, e poteva decombere in posizione orizzontale; scomparve l' edema degli arti inferiori. Dopo sei settimane di dimora nell' ospedale questa giovane ammalata non presentava altro fenomeno morboso, fuorchè una lieve difficoltà di respiro, ed un impulso appena sensibile alla regione precordiale, ed in questo stato uscì.

Tre anni dopo, nell' estate dell'anno 1825, la medesima donna fu di nuovo ricoverata nello spedale della Carità, ci disse che in tutto questo lungo intervallo di tempo aveva sempre goduto buona salute, e che soltanto da pochi giorni era stata assalita dai medesimi accidenti, che già soffrì nell' anno 1822. Chiaramente udivasi il mormorio di soffietto al cuore, allo sterno, all'epigastrio, al dorso, e lungo il decorso delle carotidi. La difficoltà di respiro era però meno considerevole della prima volta. Questi diversi sintomi continuarono per qualche tempo, e di nuovo l' ammalata abbandonò lo spedale bastevolmente rimessa in salute.

Qual specie di lesione diede origine agli accidenti cui soggiacquero i due individui di cui abbiamo ora esposta la storia? Si potrebbe su questo proposito avanzare molte congetture che non avrebbero alcun risultato positivo; crediamo quindi più conveniente di abbandonare questi fatti alle meditazioni dei pratici senza cercare di stabilirne il diagnostico.

Avvi soventi una differenza ben distinta tra i due lati del cuore nel rapporto dell'impulso, che accompagna le sue contrazioni, e del mormorio, che si fa sentire; quindi dall'esistenza dell'uno e dell'altro di questi fenomeni alla regione precordiale, alla parte inferiore dello sterno, o alla regione epigastrica, non di rado si rileva con precisione, se la lesione organica esiste nelle cavità destre o sinistre. È ciò specialmente manifestissimo, quando alla regione precordiale i movimenti del cuore sono poco sensibili, mentre all' estremità inferiore dello sterno e verso l'appendice ensiforme, ove i battiti del cuore nello stato fisiologico sono appena percettibili, questi invece si sentono con mormorio, e con forte impulso. Un caso ben distinto di questo ge-

nere di malattia fu da noi osservato in un individuo, il di cui cuore altra lesione non presentava fuorchè una enorme dilatazione dell' orecchietta destra con leggiere ipertrofia delle sue pareti. Applicando, durante la vita, la mano sui diversi punti del torace, nulla riconoscevasi di abnorme nelle pulsazioni del cuore; esplorata la regione precordiale collo stetoscopio, ivi si sentivano i movimenti del cuore in istato perfettamente fisiologico; non si udivano sotto la clavicola sinistra, ma verso la parte inferiore dello sterno, e ciascuna contrazione del cuore, più sensibile che in ogni altro punto, diffondeva un particolare mormorio simile a quello d'una valvola.

Ogni medico sa che nelle affezioni organiche del cuore il ritmo delle pulsazioni di questo viscere perde non di rado la sua regolarità, tanto relativamente al grado di forza, come all' ordine di successione dei battiti medesimi. Ma che cosa annunzia questa irregolarità? è dessa forse in ogni caso un sicuro indizio, come molti lo credono, dell'esistenza di un ostacolo a taluno degli orificii del cuore? Facciamo primieramente riflettere, che in molti casi di pericarditide sono talvolta irregolarissimi i battiti del cuore, senza che vi sia alcun ostacolo agli orificii di quest'organo. Nè dimentichiamo, che nel decorso di molte malattie, in quelle specialmente ove l' azione dei centri nervosi trovasi più o meno modificata, il cuore presenta ugualmente molte irregolarità, ed intermittenze manifestissime. Da questi fatti puossi già conchiudere *a priori* che quando la nutrizione del cuore è alterata dal suo stato normale, questa sola circostanza, al pari di quelle superiormente esposte, può rendere le contrazioni irregolari; ciò riesce ancor più probabile se ci richiamiamo alla memoria, che le diverse alterazioni di nutrizione della sostanza car-

nca del cuore si combinano frequentemente con un'irritazione ora acuta, ora cronica della sua membrana interna, la di cui influenza sul muscolo che investe deve essere più o meno simile a quella del pericardio. Ognuno finalmente comprende, che per il solo motivo, che il sangue affluisce in cavità che non conservano più tra di loro la proporzione assegnatale dalla natura, onde trasmettessero altrettanta copia di sangue quanto ne ricevevano, le contrazioni delle pareti delle cavità medesime possono essere modificate in modo da rendersi più o meno irregolari.

Ciò è quanto può far supporre il raziocinio desunto dall' anologia; esaminiamo ora cosa ci insegnano i fatti su questo proposito.

E primitivamente si danno dei casi di individui in cui le pulsazioni del cuore presentavano la massima irregolarità, sebbene dopo la morte non siasi rinvenuta alcuna sorta di ostacolo agli orificii del cuore. Ma fa d' uopo osservare, che in simili circostanze l'irregolarità dei moti del cuore non è continua, e soltanto si manifesta ad intervalli più o meno lontani, quando sotto l' influenza di una causa qualunque si accelerano le contrazioni del cuore, ed aumenta la dispnea.

Presso altri individui esiste un ostacolo in qualche orificio del cuore, ed è sì considerevole che disturba, ed interrompe il passaggio del sangue: così per esempio, essendo le valvole aortiche ossificate ed immobili nella maggior loro estensione, non vi rimane tra di esse che uno stretto orificio a traverso del quale deve passare tutto il sangue, che incessantemente viene spinto dal ventricolo sinistro nell' aorta, e ciò nondimeno i battiti del cuore non furono mai irregolari, o almeno

non divennero tali fuorchè ad intervalli, o verso gli ultimi giorni della vita.

Altra volta finalmente (e questo è il caso più comune) l'irregolarità delle pulsazioni del cuore sta in rapporto diretto colla grandezza degli ostacoli, che esistono ai diversi orificii; e d'ordinario in questo caso odesi contemporaneamente un mormorio di soffietto, o di lima, più o meno pronunciato.

In alcune circostanze abbiamo riscontrato un' intermittenza distintissima nelle pulsazioni del cuore, mentre gli orificii di questo viscere, d'altronde aneurismatico, erano immuni da qualsiasi ostacolo; ma invece la superficie interna dell' aorta toracica ascendente era disseminata di esulcerazioni, o di ineguaglianze cartilaginee od ossee. Dimandasi ora se l'intermittenza dei battiti del cuore sussisteva indipendentemente dallo stato morboso dell' aorta, ovvero se era in relazione causale colla diminuzione d'elasticità cui soggiacque la membrana fibrosa di questo vaso? Sembrami che tale questione sia alquanto difficile a risolversi.

Da questi fatti ne emerge che l'irregolarità dei battiti del cuore considerata nel rapporto della loro forza, od intermittenza, può indurre a sospettare dell'esistenza di un ostacolo più o meno considerevole a taluno degli orificii, ma non ne somministrerebbe una prova certa; nondimeno vi sarà una forte presunzione in favore dell'esistenza di questo ostacolo, se l'irregolarità delle pulsazioni è costante, e specialmente se già esisteva prima che l' affezione organica del cuore assumesse un carattere grave.

Riguardo all' estensione dei battiti del cuore, sembra che in generale sia dessa in relazione, come già superiormente accennai, col volume di questo organo, e

soprattutto colla dilatazione delle sue cavità. Qui pure dobbiamo far osservare che in molti casi, in cui alla sezione dei cadaveri si rinvenne il cuore di enorme volume in causa di ipertrofia delle sue pareti con dilatazione delle cavità, i battiti del cuore, esplorati mediante l'ascoltazione, non udivansi, che in uno spazio molto circoscritto, ora soltanto verso i precordii, ed ora in questa regione nella parte inferiore dello sterno ed al di sotto della clavicola sinistra.

Dai diversi fatti riferiti in questo articolo ne dedurremo i seguenti corollarii relativamente all' utilità dell'ascoltazione nella diagnosi delle affezioni organiche del cuore.

Sonovi dei casi, in cui l' ascoltazione somministra tali segni che possono contribuire efficacemente a rischiarare la diagnosi delle malattie anzidette; nondimeno, affinchè questi segni abbiano un valore reale, fa d'uopo che vi si associno certe condizioni, cioè che sieno durevoli ed accompagnati da altri sintomi; poichè noi stabiliamo per principio, che non vi ha alcuno fra segni somministrati dalla considerazione della forza dei battiti del cuore, del loro mormorio, del ritmo e dell' estensione, che non possa manifestarsi in conseguenza di un' infiammazione acuta del pericardio (Vedi l'articolo, che tratta di questa flemmassia), o di uno stato pletorico, o di una modificazione dell' influenza nervosa, quantunque il cuore non sia affetto da veruna specie di lesione organica. I segni pertanto dedotti dall' ascoltazione, come tutti gli altri segni in genere, non sono realmente caratteristici, e non acquistano un vero valore, se non quando si ha riguardo 1.° all' epoca, ed alla maniera della loro apparizione; 2.°

ai diversi fenomeni morbosi che vi precedettero, e che li accompagnano.

Abbiamo fin qui dimostrato come i diversi indizii somministrati dall'ascoltazione per riconoscere un'affezione organica del cuore possano manifestarsi senza che esista questa malattia. Ma, d' altra parte, non è meno vero, che tale affezione può essere gravissima, e che talvolta non si arriva a scoprirla nemmeno col mezzo dell' ascoltazione.

Noi consideriamo come un fatto indubitabile, che in molti casi, ove il cuore giunse ad un volume considerevole, e le sue cavità si sono molto ampliate, applicando l'orecchio alla regione precordiale e in altri punti del torace nulla si riconosce di insolito nelle pulsazioni del cuore, e sono queste meno sensibili che nello stato fisiologico. E sotto questo rapporto gli ammalati possono essere divisi in due classi. Alcuni di essi, all' epoca del loro ingresso nello spedale, presentano ai precordii o altrove pulsazioni straordinarie, e abnormi per la forza con cui si effettuano, per il mormorio che le accompagna, per il ritmo con cui succedono, ecc. Ma sotto l' influenza di un metodo di cura razionale, e specialmente del riposo, i segni somministrati dall' ascoltazione divengono di giorno in giorno meno sensibili, e finalmente vanno scomparendo. Altri infermi di vizio organico del cuore non presentarono mai alcuno di questi sintomi, o soltanto in modo transitorio, quando venivano presi da palpitazione di cuore. Quindi a torto si negherebbe l' esistenza di un' affezione organica del cuore perchè attualmente non si manifesta per alcun sintomo locale, e nemmeno per mezzo dei segni, che somministra l' ascoltazione; potendo darsi il caso, che questi non abbiano giammai esistito, o siano scomparsi.

Riassumendo adunque quanto fu fin qui esposto, ne emerge, che il metodo dell'ascoltazione ha senza dubbio rischiarato assai il diagnostico delle malattie del cuore, somministrando esso utilissimi ed indispensabili indizii. Quindi non devesi giammai trascurare di ricorrervi; ma solo, e senza il soccorso di altri segni, non potrebbe che ben di rado svelare l'esistenza di simil genere di malattie, nella stessa guisa, che in un gran numero di casi non può questo metodo isolato scoprire l'esistenza dei tubercoli del polmone, o di un infiammazione acuta di questo organo. Non credasi essere nostro divisamento di voler mettere in dispregio il metodo dell'ascoltazione, che è una delle più belle e più ingegnose scoperte, che sieno state fatte in medicina già da lungo tempo. Noi al contrario ci studiamo di renderlo più utile, e veramente applicabile alla pratica non esagerandone i vantaggi, ed indicando con precisione ciò che si può con questo mezzo riconoscere.

CLINICA MEDICA

OSSERVAZIONI

INTORNO LE MALATTIE

DEI VISCERI DEL PETTO

LIBRO II.

MALATTIE DEI POLMONI.

SEZIONE PRIMA

MALATTIE DEI BRONCHI.

XXX. Non è nostra intenzione di dare qui una descrizione completa di questo genere di malattie, per non ripetere senza profitto quanto ritrovasi già riferito in tutti gli scrittori di medicina pratica. Ci studieremo sol-

tanto di richiamare l'attenzione intorno ad alcuni punti importanti della storia di queste malattie, le quali ora sono sì leggiere che appena costituiscono uno stato morboso, ed ora uguagliano in gravezza una peripneumonia acuta, o una tisi polmonare. In questo primo articolo tratteremo delle lesioni più o meno gravi, che l' infiammazione acuta o cronica dei bronchi determina nelle sue pareti. In un secondo articolo esporremo le alterazioni diverse in quantità ed in qualità cui va soggetto l'umore che secerne la membrana mucosa.

CAPITOLO PRIMO

ALTERAZIONI ORGANICHE DEI BRONCHI NELLO STATO D'INFIAMMAZIONE, SINTOMI DI QUESTE ALTERAZIONI.

XXXI. Aprendo il cadavere di un individuo, che sia morto in conseguenza di una malattia qualunque, mentre era contemporaneamente affetto da una bronchitide benigna e recente, si ritrova d'ordinario un rossore circoscritto in una parte della membrana mucosa; e questo rossore è più manifesto verso il termine della trachea, e nelle prime divisioni dei bronchi. Se l'infiammazione fu più intensa, il rossore si estende ad un maggior numero di condotti, ed esiste specialmente nelle più piccole ramificazioni bronchiali. Si dà soventi il caso, che questo rossore è esattamente limitato ai bronchi di un sol lobo, e sembra che i bronchi del lobo superiore vadano di preferenza soggetti all'infiammazione. Il colorito rosso dei bronchi ha talvolta la forma di una fina iniezione, la quale, a quanto pare, esiste contemporaneamente e nel tessuto cellulare sotto mucoso e nella membrana mucosa stessa; in alcuni individui in-

vece non distinguonsi più vasi di sorta, ma vedesi soltanto una quantità di piccoli punti rossi, compressi, agglomerati gli uni intorno agli altri; in altri casi finalmente osservasi un colorito rosso uniforme. In taluni il rossore va diminuendo progressivamente, incominciando dalle più grosse ramificazioni dei bronchi sino alle più piccole; mentre in altre persone si riscontra una disposizione inversa. Soventi il rossore è limitato a piccoli spazii ed esiste sotto forma di strisce o di macchie isolate, che costituiscono altrettante infiammazioni circoscritte, tra le quali bianca e sana trovasi la membrana mucosa; è questa una forma di infiammazione simile a quella, che osservasi sì frequentemente nelle intestina.

XXXII. Quando avvi una infiammazione cronica, la membrana mucosa perde ordinariamente il suo vivo rossore, e diviene livida, violacea, bruniccia. In alcuni individui finalmente, che presentavano tutti i sintomi di una bronchitide cronica con espettorazione puriforme, abbiamo ritrovato la membrana mucosa delle vie aeree di un colorito leggiermente rosso, o eziandio perfettamente bianco in tutta la sua estensione. Bayle aveva già notato questo fatto, nella quarantesima nona osservazione della sua opera, relativamente ad un caso di bronchitide cronica, che simulava la tisi; riferisce il medesimo che la membrana mucosa della trachea e dei bronchi sembrò essere in condizione normale; era essa bianca e leggiermente indurita. *Non è infrequente*, aggiunse egli, *il ritrovare bianca la membrana mucosa nel catarro polmonare cronico.* Non dovrebbesi, a nostro avviso, conchiudere che in questo caso non vi sia, o non abbia esistito un processo infiammatorio. Manca infatti questo rossore in altri organi, ove l'esisten-

za della flogosi non può essere messa in dubbio. Le membrane sierose, per esempio, ripiene di pus, coperte da false membrane, frequentemente non offrono alcun cangiamento di colore nè veruna visibile alterazione nella loro struttura organica; il che comprova apertamente che esistono dei tessuti, i quali possono infiammarsi senza divenir rossi. La membrana mucosa intestinale, quantunque disseminata da numerose esulcerazioni, presenta non di rado un notabile pallore tanto nel luogo stesso delle ulcere, come negli spazii intermedii. Così pure in persone, che evacuavano da lungo tempo orine purulenti, si ritrovò bianchissima la membrana mucosa dei calici e delle pelvi dei reni, degli ureteri, e della vescica. In tutte queste diverse affezioni del tessuto mucoso non puossi mettere in dubbio l'esistenza di un processo infiammatorio; ma sembra che in forza dell'antica origine della malattia, e del generale indebolimento, l'infiammazione non abbia lasciato altre tracce di sè nell'organo ove risiedette, fuorchè una modificazione della secrezione; dal che ne risultano soventi nuove indicazioni terapeutiche, che verranno da noi esposte quando tratteremo dell'espettorazione. La seguente osservazione presenta un caso di bronchitide cronica senza rossore della membrana mucosa.

I. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica simulante una tisi polmonare. Bianchezza della membrana mucosa della trachea, e dei bronchi.

Un magnano di ventisette anni entrò nello spedale della Carità nel mese di dicembre 1821. Già da due anni era questo uomo molestato da una tosse abituale, ma non andò giammai soggetto ad espettorazione san-

guigna. All'epoca in cui venne da noi esaminato, era già in uno stato di marasmo; espettorava una quantità di sputi verdastri, rotondi, separati gli uni dagli altri, e che nuotavano in un abbondante copia di sierosità; erano questi sputi inodori, e sembravano all' ammalato di un sapore zuccherino. La respirazione era alquanto più breve dell'ordinario; poteva star coricato orizzontalmente, e in tutte le posizioni: il petto, sotto la percussione, mandava un suono uniforme e regolare in ogni sua parte; mediante l'ascoltazione udivasi in diversi punti il rantolo mucoso; non eravi alcuna apparenza di pettoroloquia; il polso regolare nel mattino facevasi frequente sulla sera; in ogni notte l'infermo andava soggetto a non profusi sudori. Niuna abnormità nelle funzioni digerenti.

Qual diagnosi potevasi qui stabilire? l' ascoltazione per verità ci indicava, che non eravi ancora alcuna escavazione tubercolare; ma dal complesso degli altri sintomi sembrava, che si trattasse di numerosi tubercoli esistenti nei polmoni, e che già cominciavano ad ammollirsi (*Decotto di lichen; tisana di viole con gomma*, *loock*, *dieta lattea*).

Nei giorni successivi, il marasmo e la debolezza generale fecero rapidi progressi, sopraggiunse la diarrea, si sconcertarono le facoltà intellettuali, e l'infermo morì in uno stato quasi comatoso. Sino al giorno anteriore alla sua morte gli sputi conservarono il medesimo aspetto, nè diminuirono in quantità!

Sezione del cadavere

Infiltrazione sieroso-purulenta nel tessuto cellulare sotto-aracnoideo della convessità degli emisferi cerebrali; ventricoli laterali distesi da un siero torbido.

Parenchima polmonare sano, mediocremente ingorgato. La superficie interna della laringe, della trachea e dei bronchi esaminati fino nelle minime loro divisioni, ovunque presentava una pallidezza estrema; niun' altra alterazione appariva nella membrana mucosa; alcune concrezioni fibrose bianche distendevano la cavità destra del cuore. Il tubo digerente, aperto in tutta la sua estensione, altra lesione non offrì fuorchè un vivo rossore disposto a macchie nell'intestino crasso. Gli altri visceri erano in condizione normale.

Se in questo caso non fossero stati conosciuti i sintomi presentati dall' infermo durante la vita, e senza alcuna relazione sullo stato anteriore di sua salute si avesse esaminato la membrana mucosa dei bronchi, sarebbesi dessa creduta sanissima, mentre era gravemente alterata; fu in conseguenza della sua profonda lesione e del vizio di secrezione di cui era affetta, che il malato nello spazio di due anni passò lentamente all' ultimo grado del marasmo, presentando tutti i sintomi razionali di una tisi polmonare. L' anatomia patologica è dunque talvolta insufficiente per iscoprire lo stato morboso degli organi. Non perdiamo giammai di vista queste due grandi verità, cioè che, da una parte, le ricerche microscopiche svelano non di rado lesioni, che i sintomi non avevano nemmeno fatto sospettare, e che, d'altra parte, questi medesimi sintomi non permettono di dubitare che un organo non sia talvolta profondamente guasto, quantunque non sembri tale alla sezione del cadavere.

Da questa osservazione ne emerge una nuova prova della difficoltà di distinguere una semplice bronchitide cronica da una degenerazione tubercolare del polmone. Che cosa può in simil caso additare l' ascoltazione,

se non la mancanza di grandi incavature nel parenchima polmonare? Deduciamone una conseguenza ed è, che fintanto che per mezzo dello stetoscopio non sarà comprovata l'esistenza di queste incavature, non devesi considerare come impossibile la guarigione in conseguenza della risoluzione della bronchitide da cui traevano origine tutti gli altri fenomeni. Ed è appunto contro un'infiammazione di simil natura della membrana mucosa delle vie aeree, che più volte giovarono un gran numero di presidii igienici, e terapeutici, i quali, diretti contro una vera tisi, sarebbero senza dubbio inefficaci, o non potrebbero al più che ritardare momentaneamente i progressi del male.

XXXIII. L' ammollimento infiammatorio della membrana mucosa dei bronchi è di gran lunga meno frequente di quello della membrana mucosa gastro-enterica; nè giammai l'abbiamo trovato sì considerevole da presentare una specie di polpa, e ben di rado questa membrana passa all' esulcerazione, e per tale rapporto offre dessa una disposizione inversa di quella della membrana mucosa intestinale. Due volte soltanto noi abbiamo verificato la presenza di esulcerazioni nei bronchi; in uno di questi due casi eravi eziandio una larga ulcera nella trachea un poco al di sopra della sua biforcazione; tre piccole ulcere rotonde esistevano nel bronco destro immediatamente sotto la divisione della trachea; questo caso sotto il rapporto della lesione, ha molta analogia con quelli, che trovansi registrati nell' eccellente opera sulla tisi tracheale del professore Cayol. I sintomi erano stati quelli delle bronchitidi croniche ordinarie. Nell' altro caso la trachea e le prime divisioni dei bronchi non presentavano che un mediocre rossore senza verun'altra alterazione; ma nelle ra-

mificazioni più piccole del lato destro il rossore era molto intenso, e la superficie della membrana mucosa era sparsa di un gran numero di piccole ulcere, tutte esattamente circoscritte e di uguale grandezza coi margini lividi, i quali sporgevano una mezza linea al di sotto del livello del fondo dell'ulcera, che era di tale larghezza da potervisi appena introdurre una grossa testa di un ago. L'individuo, che ci presentò questa alterazione, era altresì affetto d'aneurisma del cuore. Durante la sua dimora nello spedale fu tormentato da insulti di tosse frequenti e penosissimi; i suoi sputi erano abitualmente tinti di sangue.

La frequenza delle esulcerazioni va poi decrescendo dall'alto al basso nelle diverse parti della membrana mucosa delle vie aeree; quindi molto comuni sono le laringitidi croniche accompagnate da ulcere; nè è raro il ritrovare una parte delle corde vocali spogliata della membrana mucosa, i muscoli tiro-aritnoidei, e le cartilagini messe a nudo per un' estensione più o meno grande, in persone che, affette da una semplice bronchitide cronica o da tubercoli polmonari, soffrono già da lungo tempo raucedine di voce, o una perfetta afonia. È poi curioso il vedere che queste esulcerazioni nel maggior numero dei casi non esistono, fuorchè quando contemporaneamente vi abbia infiammazione delle parti più inferiori della membrana mucosa delle vie aeree.

XXXIV. Nella trachea le esulcerazioni riscontransi meno frequentemente, che non nella laringe, ed ivi sono ordinariamente piccole e poche in numero. Ciò nondimeno avemmo una volta occasione di osservare in un cadavere, che esaminammo in compagnia di Magendie, il quale pur volle conservarne il pezzo anato-

mico, tutta la superficie interna della trachea veramente crivellata, dalla sua origine sino quasi alla sua biforcazione, da una quantità di esulcerazioni talmente moltiplicate ed avvicinate le une alle altre, in modo che occupavano maggior estensione degli spazii intermedii alle medesime. Le pareti interne dei bronchi erano rosse, ma non esulcerate.

L' infermo aveva durante la vita accusato una sensazione di calore abituale, piuttosto che un vero dolore lungo il tragitto della trachea; ogni inspirazione era accompagnata da un fischio singolare, come se il canale aereo fosse stato compresso da qualche tumore.

Le esulcerazioni della trachea non si estendono d'ordinario al di là del tessuto della membrana mucosa la quale ne compone il margine, mentre il loro fondo è formato dal tessuto fibroso sottoposto. Qualche volta però l' ulcera è più profonda, tutte le parti poste al di sotto della membrana mucosa vengono successivamente distrutte dal di fuori all' indentro, e ne può finalmente risultare una perforazione completa della trachea. Noi possediamo due osservazioni di questo genere. In ambedue i casi la perforazione erasi fatta posteriormente nella porzione cervicale della trachea. In uno di questi il fondo dell' ulcera era formato dall' esofago unito per mezzo di un tessuto cellulare denso e fitto ai contorni della soluzione di continuità. Nell' altro individuo esisteva una doppia perforazione della trachea, e dell' esofago, di modo che questi due condotti comunicavano liberamente l' uno nell' altro. I sintomi che indicavano tale fistola tracheo-esofagea non erano che una lieve difficoltà di deglutire, ed una leggier tosse che si manifestava ogni volta che l'ammalato inghiottiva. Lo stesso accennava, che l' ostacolo alla deglutizione

e la causa della tosse risiedevano nella parte media inferiore della regione cervicale.

Si osservò talvolta la perforazione della trachea o delle sue prime divisioni formatasi dal di fuori all' indentro, in direzione opposta alla precedente, in conseguenza di tumori aneurismatici o di ganglii linfatici, che subirono la degenerazione tubercolare. Non è infrequente il rinvenire nei fanciulli questa specie di lesione, di cui non abbiamo ancora veduto alcun esemplare negli adulti; il che senza dubbio dipende dalla maggior frequenza dell' alterazione tubercolare dei ganglii linfatici nella prima età. Questi ganglii tubercolari a misura che si ammolliscono irritano le pareti della trachea, e dei bronchi coi quali sono in contatto, e a poco a poco le corrodono, e distruggono nella direzione dall' esterno all' interno. In varii soggetti si può seguire il decorso progressivo di questa infiammazione esulcerante; quindi presso alcuni non si rinviene che un' intima aderenza tra i ganglii tubercolari e le pareti della trachea e dei bronchi con rossore delle medesime, ed incipiente corrosione delle cartilagini; in altri le cartilagini più non esistono, la membrana fibrosa è distrutta, e la sostanza tubercolare trovasi in contatto immediato colla membrana mucosa, che essa spinge e solleva all'innanzi. Finalmente nell'ultimo grado di questa alterazione la stessa membrana mucosa è distrutta, e la materia tubercolare, abbandonando i ganglii a misura che si ammollisce, passa nelle vie aeree, e per mezzo della tosse viene espulsa al di fuori. I tubercoli sviluppatisi nei ganglii linfatici possono per tal modo guarire a guisa dei tubercoli dei ganglii sotto-cutanei. Ma per disavventura questi tubercoli dei ganglii bronchiali di rado sono isolati, ma frequentemente vi si associano i tubercoli polmonari.

Tal sorta di perforazione delle pareti tracheali ha qualche analogia colla varietà della perforazione intestinale che formasi dal di fuori all' indentro in causa dei tubercoli sotto-peritoneali.

XXXV. Fra le organiche alterazioni prodotte dalla bronchitide cronica, l' indurimento della membrana mucosa è la più frequente. Questo indurimento, a norma de' suoi varii gradi, determina sintomi differenti; modifica il mormorio, che nasce dall' ingresso dell' aria nei bronchi; produce un rantolo particolare, che noi chiameremo rantolo bronchiale secco (*râle ronflant de Laennec*). Le numerose varietà di questo rantolo, e le cause da cui trae origine, furono così ben descritte da questo professore, che stimiamo inutil cosa il diffondersi in tale argomento. Questo rantolo è d' altronde caratteristico della bronchitide cronica.

L' ingrossamento della membrana mucosa bronchiale in una o in varie diramazioni può essere sufficiente a restringere assai la loro cavità, o anche a chiuderla quasi intieramente. Questo vizio determina un complesso di fenomeni particolari che faremo conoscere nelle seguenti osservazioni.

II. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica. Restringimento del bronco principale del lobo superiore del polmone destro. Mancanza quasi completa del mormorio respiratorio nell' estensione di questo lobo.

Un uomo dell' età di trent' anni entrò nello spedale, addì 30 luglio 1822, presentando a quell' epoca i sintomi di una malattia organica del cuore. Esplorato lo stato della respirazione mediante lo stetoscopio, sentivasi il mormorio respiratorio nella parte posteriore del petto con forza e chiarezza, ma in varii punti era

associato al rantolo mucoso; anteriormente, ed a sinistra pure l'intensità del suddetto mormorio era in relazione colla difficoltà del respiro, mentre a destra, al contrario, sotto la clavicola, era desso assai più debole, quantunque conservasse la medesima chiarezza come a sinistra. La percussione non poteva somministrare indizii molto esatti, atteso l'infiltramento delle pareti toraciche (*); nondimeno il suono non era più ineguale a destra, che a sinistra. Da questi fenomeni fummo indotti a sospettare dell'esistenza di un enfisema del lobo superiore del polmone destro. Nei giorni successivi l'ascoltazione somministrò i medesimi risultamenti. L'infermo diceva che già da lungo tempo provava una specie di *serramento* al di sopra della mammella destra ed asseriva che *egli non respirava dal lato destro del petto*. Verso la metà del mese d'agosto si manifestarono i segni di un idro-torace consecutivo alla lesione del cuore (suono ineguale e mancanza di mormorio respiratorio, particolare tremore della voce nella parte posteriore sinistra del torace). Da questo momento aumentò grandemente la difficoltà di respiro, e nel giorno 7 di settembre cessò di vivere.

Sezione del cadavere.

Il lobo superiore del polmone destro non presentava alcuna traccia d'enfisema, ed il suo tessuto, quantun-

(*) Questo caso è uno di quelli in cui il plessimetro del dottore Piorry può usarsi con molto vantaggio unitamente a questo istrumento; mi accadde più d'una volta di riconoscere con tal mezzo nei due lati del petto una differenza di suono, che, percuotendo colle mie dita le pareti toraciche infiltrate, non aveva potuto calcolare in un modo così distinto.

que sano, era poco crepitante. Nel bronco principale di questo lobo, poche linee al di sotto della sua origine, esisteva uno stringimento considerevole, e prima di dividersi il bronco stesso era del suo naturale calibro. Nell' estensione dello stringimento la membrana fibrosa conservato aveva l'ordinario suo aspetto; mentre all' opposto la membrana mucosa era rossa, e molto ingrossata. Questo indurimento parziale della membrana mucosa dei bronchi ci parve perfettamente analogo agli indurimenti circoscritti, che frequentemente si osservano nella membrana mucosa intestinale. Nel rimanente di questo lobo i bronchi avevano la forma ed il diametro loro proprii nello stato fisiologico. Niuna abnormità osservasi nelle altre parti dei polmoni. Esisteva un' effusione di circa un litro di sierosità gialliccia nella cavità della pleura sinistra. Eravi ipertrofia delle pareti dei due ventricoli con dilatazione delle loro cavità, e ristrettezza dell' aorta. — Il tubo digerente era rosso in tutta la sua estensione.

Lo stringimento di cui era affetto uno dei bronchi traeva manifestamente origine dal solo indurimento della membrana mucosa. Dal luogo ove esisteva lo stringimento medesimo si spiega benissimo la minore intensità del mormorio respiratorio in tutta la parte superiore destra del torace. Ma questo fenomeno, risultato meccanico di lesioni di varia natura, non potrebbe considerarsi qual segno patognomonico. Riteniamo quella sensazione di *serramento*, che tanto molestava il nostro ammalato al lato stesso del petto ove esisteva il vizio organico. Riguardo all'altra sensazione, che ottimamente indicava l' infermo dicendo che *non respirava più dal lato destro del petto*, non è propria soltanto dell' affezione di cui trattiamo; poichè la provarono ugualmente

altri ammalati nei quali una causa qualunque impediva il libero ingresso dell' aria nei polmoni.

L' indurimento delle pareti bronchiali non risiede sempre ed esclusivamente nella membrana mucosa. I tessuti, cartilaginoso e fibroso, sottoposti a questa membrana possono andar soggetti ad un ipertrofia più o meno considerevole, e concorrere a produrre lo stringimento. Eccone un esempio.

III. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica. Ingrossamento delle pareti di alcuni bronchi con restringimento della loro cavità. Tubercoli polmonari del lato opposto.

Una donna, di ventisei anni, entrò nello spedale della Carità nel mese di settembre 1822. Fino dall' età di diciott' anni contrasse un' affezione catarrale di petto, da cui non guarì giammai perfettamente. Nei primi quattro anni sembrava che questo catarro non avesse recato alcuna alterazione alla sua salute. Verso i ventidue anni di sua età cominciò a soffrire una lieve difficoltà di respiro, ed ebbe un' abbondante emoftisi. Da quest' epoca la tosse divenne frequente e sempre più penosa, dimagrò nella persona, illanguidirono le forze, aumentò l' oppressione del respiro, e nei due anni successivi più volte si rinnovò l' espettorazione di sangue. Parve che nel vigesimo quinto anno di sua vita la natura facesse uno sforzo verso la guarigione; non comparve più l' emoftisi, e l' inferma ricuperò alquanto le sue forze. Ma dopo alcuni mesi di calma apparente andò nuovamente sottoposta ad una copiosissima emorragia di petto, che durò per varie settimane, e la condusse ad una rapida consunzione. Non fa bisogno di

dire che questa donna ricoverata più volte in diversi ospedali nel corso di sei anni fu sottoposta a varii metodi di cura, che riuscirono tutti infruttuosi. Quando venne da noi esaminata, era già pervenuta all' ultimo grado del marasmo. Mediante l' ascoltazione sentimmo sotto la clavicola sinistra e posteriormente nel medesimo lato, nelle fosse spinose, un ben distinto gorgoglio, indizio sicuro dell' esistenza di escavazioni tubercolari in questi medesimi punti. A destra, nello spazio compreso tra la clavicola e la mammella, invece dell' ordinario mormorio respiratorio udivasi in molti punti un rumore simile al russare di quelli che dormono. Nelle altre parti di questo lato chiara e forte era la respirazione; percuotendo il petto al di sotto della clavicola sinistra si sentiva un suono ineguale. L' ammalata asseriva, che fino dalla prima epoca in cui le si sviluppò l' affezione catarrale, per lungo tempo aveva sofferto una penosissima sensazione di calore abituale in corrispondenza del pezzo superiore dello sterno. Essa morì dopo tre settimane di dimora nello spedale.

Sezione del cadavere.

Vaste cavità nel polmone sinistro, con epatizzazione bigia del parenchima, che le circonda. Il polmone destro privo di tubercoli ed apparentemente sano. I bronchi dei due polmoni erano rossi, e quello del lobo superiore del polmone destro presentava le seguenti particolarità: subito al di sotto delle prime due o tre divisioni, le pareti del bronco principale, che si distribuisce in questo lobo, erano di un insolito spessore, e contemporaneamente era considerevolmente diminuito il diametro del condotto. Potevasi poi ben calcolare

questa diminuzione, paragonando il diametro dei bronchi stessi nei due polmoni, e infatti quelli del polmone sinistro, che conservato avevano le ordinarie dimensioni, presentavano una capacità tre o quattro volte maggiore. Alcune diramazioni successive erano del loro naturale calibro, mentre in altre minori si ritrovò ingrossamento di pareti, e diminuzione di diametro. — Macchie rosse nello stomaco, esulcerazione nell' intestino tenue.

Considerando questa osservazione, specialmente sotto il rapporto della ristrettezza dei bronchi, ritroviamo che lo stringimento era più esteso, ma meno considerevole che non nell' individuo, che formò il soggetto dell'osservazione seconda. Il mormorio respiratorio nel caso ora descritto non presentò diminuzione di forza, ma soltanto si sentì un rumore, simile al russare, in diversi punti del lobo superiore del polmone destro. La natura dell' alterazione organica spiega benissimo tale modificazione del mormorio respiratorio.

Questa osservazione meditata sotto altri punti di vista offre ancora qualche interessamento. La sensazione di calore che l' inferma provava già da sei anni al di sotto della clavicola destra, additava che fino da quell' epoca la sede dell' infiammazione era nei bronchi del lobo superiore del polmone destro; eppure niun tubercolo esisteva in questo polmone, mentre molti ve n' erano nel sinistro, ove sembrava che la bronchitide fosse stata meno forte.

In altri individui ci avvenne di osservare uno stringimento dei bronchi quasi analogo a quello ora descritto, ed al pari di esso dipendente da una simul-

tanea ipertrofia delle diverse membrane. Ora, come in questo caso, sentimmo diverse varietà del rantolo bronchiale secco nel luogo ove esisteva lo stringimento, ed ora, essendo il rantolo assai meno distinto, non portò una considerevole modificazione al mormorio respiratorio, nè determinò alcun sintomo speciale.

XXXVI. Ai casi precedenti facciamo succedere la storia di un altro caso, in cui lo stringimento dei bronchi era un effetto puramente meccanico della compressione esercitata sui medesimi da un tumore.

IV. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica. Compressione dei bronchi principali del polmone destro fatta da una massa di melanosi cistica. Mormorio respiratorio più debole a destra.

Un vecchio entrò nello spedale della Carità in un grado già avanzato di consunzione; aveva molta tosse, ed espettorava una gran quantità di materia puriforme. Mediante l' ascoltazione sentimmo il mormorio respiratorio molto forte a sinistra, *puerile*, mentre a destra era assai più debole. In ambedue i lati però udivasi in diversi punti un suono composto di rantolo russante, e mucoso; sì a destra, che a sinistra il petto risonava ugualmente. Già da lungo tempo questo individuo andava soggetto a profusa diarrea, e cessò di vivere pochi giorni dopo il suo ingresso nello spedale.

Sezione del cadavere.

Alla radice del polmone destro esisteva una massa enorme di melanosi, che sembrava traesse origine dai ganglii bronchiali, di cui più non vedevasi traccia al-

cuna. Il bronco, che risulta immediatamente dalla biforcazione della trachea, trovavasi fra questa massa, e veniva compresso in modo, che aveva soltanto la metà del calibro del bronco principale dell'altro polmone. — Arrossamento esteso a tutta la membrana mucosa dei bronchi. — Esulcerazione dell' intestino crasso.

Presso questo individuo, come in quello che forma il soggetto dell' osservazione seconda, lo stringimento dei bronchi, ostando all' ingresso di una grande quantità d' aria nel polmone, cagionò una sensibile diminuzione del grado di forza del mormorio respiratorio, il quale era, al contrario, assai intenso nel lato opposto, come se si fosse stabilito fra i due polmoni un compenso, sotto il rapporto della quantità d' aria ricevuta da ciascuno di essi in un tempo determinato.

Non è infrequente il rinvenire nei fanciulli i bronchi compressi, e ristretti alla loro origine in causa di masse di ganglii tubercolari. Finalmente anche gli aneurismi dell' aorta producono talvolta la ristrettezza dei bronchi.

XXXVII. Dalle precedenti osservazioni ne emerge, che non vi ha alcun sintomo costante dal quale rilevar si possa lo stringimento dei bronchi. Sono i sintomi di questa affezione molto fra loro diversi a norma della sede, dell' estensione, e specialmente dei varii gradi dello stringimento; il quale pure talvolta esiste senza determinare alcun fenomeno particolare. Il russare, che in alcuni casi produce, e la diminuzione di forza del mormorio respiratorio, sono senza dubbio fenomeni ben distinti; ma potendo questi ugualmente dipendere da un gran numero di lesioni diverse, non servono a stabilire la diagnosi dello stringimento dei bronchi.

XXXVIII. I bronchi affetti di infiammazione cronica

vanno talvolta soggetti ad un genere di alterazione opposto al precedente, e consiste nella dilatazione più o meno grande di una parte della loro cavità.

La dilatazione dei bronchi non fu indicata in modo speciale fuorchè in questi ultimi tempi del professore Laennec. La sua opera intorno all'ascoltazione mediata contiene su questo proposito preziose notizie di anatomia patologica. Ma all' epoca, in cui Laennec pubblicò le sue ricerche, non possedeva ancora che pochi fatti su tale argomento, ed *a priori* si studiò di accennare i sintomi della dilatazione dei bronchi lasciando agli osservatori che gli succederebbero il facile incarico di verificare le sue idee. Dal momento che le indagini di Laennec richiamarono l' attenzione dei medici intorno alla dilatazione dei bronchi, noi stessi avemmo più volte l' occasione di osservarla, e le nostre proprie ricerche hanno pienamente confermato l' esattezza di quanto aveva già esposto il celebre autore. Ogni volta che la dilatazione dei bronchi era considerevole, annunciavasi con un rimbombo di voce, più o meno simile alla pettoroloquia; in un grado minore altri sintomi caratteristici ci portavano ugualmente a sospettarne l' esistenza. Finalmente in un grado ancor più piccolo questa alterazione non si palesava con alcun sintomo particolare. Nelle seguenti osservazioni si troveranno esempj di queste diverse gradazioni.

V. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica. Generale dilatazione di un solo ramo bronchiale. Mancanza di sintomi caratteristici di questa dilatazione. Cancro dello stomaco.

Un uomo, dell' età di sessantadue anni, soffriva la tosse già da cinque o sei anni, quando entrò nello spe-

dale della Carità nel mese d'aprile 1822, e da circa due anni eransi in lui manifestati sintomi di una malattia organica dello stomaco. All'epoca in cui fu affidato alla nostra osservazione era già all' ultimo grado del marasmo, in conseguenza dell' affezione gastrica. Frequentissima era la tosse, ed espettorava una gran quantità di materia gialla e densa. Percosso il petto ovunque rispondeva con un suono chiaro. Mediante l' ascoltazione udivasi in ambedue i lati la respirazione alterata da diversi rantoli bronchiali. Questo individuo morì tre settimane dopo il suo ingresso nello spedale in forza dei progressi della malattia del ventricolo.

Sezione del cadavere.

Parenchima polmonare sano e crepitante, ingorgato posteriormente di sangue; concrezione calcare avvolta in una cisti del volume di un' avellana posta verso la sommità del polmone destro. Nella superficie interna de'bronchi dei due polmoni eranvi diverse macchie rosse, e la loro cavità conteneva molta mucosità. Nel lobo medio del polmone destro ritrovammo un bronco del diametro tre volte maggiore del ramo bronchiale, che lo precedeva, mentre nello stato sano avrebbe dovuto essere a questo inferiore in grossezza. I condotti che nascevano da questo bronco dilatato conservavano la loro ordinaria capacità. — Cancro esulcerato al piloro. — Gli altri visceri in condizione fisiologica. Essendo questa dilatazione limitata a un solo condotto, ci sembra che non abbia recata alcuna conseguenza, nè si manifestò con verun sintomo particolare.

VI. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica con aneurisma del cuore. Dilatazione generale dei bronchi di un lobo polmonare. Suono particolare della voce, e respirazione a guisa di soffio nel medesimo lobo.

Un facchino, di sessantasei anni, entrò nello spedale della Carità al principio del mese di gennaio 1822. A quell' epoca presentava tutti i segnali di un' affezione organica del cuore: ortopnea, faccia tumida, anasarca; le pulsazioni del cuore udivansi con leggiere impulso alla regione dei precordii, ed alla parte inferiore dello sterno, mentre erano chiare e sonore sotto le due clavicole (ipertrofia dei ventricoli con dilatazione della loro cavità). Esplorando col metodo dell' ascoltazione il petto nello spazio compreso tra la clavicola del lato destro e la mammella corrispondente, e posteriormente nella fossa sopra-spinosa abbiamo riconosciuto, che in questa estensione la voce risonava maggiormente che non in verun altro punto del torace; ma era piuttosto un rimbombo particolare, che una vera pettoroloquia. Ogni volta, che il malato inspirava, sembrava che in questo medesimo spazio un individuo soffiasse con forza all' estremità del cilindro applicato al petto; nelle altre parti sentivasi l' ordinario mormorio respiratorio misto a rantolo mucoso in diversi punti. L'infermo non tardò a soccombere a guisa degli aneurismatici.

Sezione del cadavere.

Polmoni assai ingorgati di un liquido sieroso scolorato, rossore violaceo dei bronchi. Confrontando tra loro i lobi superiori polmonari destri, e sinistri, vedevasi una manifesta dilatazione in tutti i bronchi del lo-

bo superiore destro; tagliando il tessuto di questo lobo apparivano gli orificii bronchiali aperti, e quasi del volume del bronco principale, che si ramifica nel medesimo lobo. Le pareti di questi condotti, considerevolmente ingrossate presentavano di tratto in tratto dei cerchi cartilaginei sviluppati, e duri quanto quelli che si trovano in corrispondenza colla biforcazione della trachea. In due, o tre luoghi la membrana mucosa sembrava leggermente esulcerata. Ipertrofia dei due ventricoli con dilatazione delle loro cavità; chiazze cartilaginee nell' aorta. Rossore generale della membrana mucosa gastro-enterica.

In questo infermo la dilatazione dei bronchi, più considerevole e più superficiale che non nei precedenti, si rendette manifesta con due sintomi ben distinti, cioè per il rimbombo della voce, e per il *soffio* particolare del mormorio respiratorio.

VII. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica complicata da infiammazione acuta dei polmoni. Rimbombo di voce, e respirazione a guisa di soffio nel lato opposto a quello affetto da peripneumonia. Sospetto di dilatazione dei bronchi.

Un uomo di circa quarant' anni presentava tutti i sintomi di una pleuro-peripneumonia acuta quando nel mese d'agosto 1823 fu ricoverato nello spedale della Carità: dolore al di sotto della mammella sinistra; rantolo crepitante ben distinto in presso che tutta l' estensione del lobo inferiore del polmone di questo lato; suono alquanto ineguale; sputi rossicci, vischiosi; dispnea; febbre. Al lato destro udivasi la respirazione con chia-

rezza e con forza; ma posteriormente, nella fossa sotto-spinosa, ogni volta, che l'aria penetrava nelle vescichette polmonari sentivasi una specie di soffio fortissimo; e quando l'infermo parlava, la sua voce nel medesimo punto rimbombava in modo singolare; nulla di tutto ciò udivasi nel restante del lato destro. La peripneumonia cedette dietro un trattamento conveniente; nondimeno il malato, quantunque in piena convalescenza aveva ancora della tosse, e nella fossa sotto-spinosa destra udivasi il medesimo rimbombo di voce, e lo stesso soffio nell'inspirazione. Venne allora a nostra conoscenza che questo individuo, già da circa quattro anni era affetto da una bronchitide cronica, che però non gli aveva sensibilmente alterata la salute. Il suo eccellente aspetto, l'ottimo stato di sua nutrizione, la prontezza con cui ricuperò la primiera sanità non lasciavano luogo a dubitare che in questo individuo esistesse un'escavazione tubercolare nel parenchima polmonare; ma invece fummo d'avviso, che in esso molti bronchi superficiali del polmone destro avessero subíto una considerevole dilatazione. Questa parziale dilatazione, lungi dall'essere l'effetto della bronchitide, era forse la causa della tosse abituale, che lo molestava senza però sconcertare sensibilmente la sua salute.

VIII. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica. Dilatazione di molti bronchi. Pettoroloquia. Esulcerazione dello stomaco.

Un parrucchiere, di quarantasei anni, di pelle bruna, di capelli neri, con un petto ben sviluppato, già da molti anni andava soggetto ad affezioni catarrali di petto, da un anno soffriva una lieve abituale oppressione

di respiro, e verso la fine del mese di dicembre 1821, ebbe per la prima volta un' abbondante emoftisi. Nel mese di febbraio 1822 contrasse una nuova bronchitide accompagnata da copiosissima espettorazione, gli sputi erano puriformi, e sembravano all' infermo di un insopportabile fetore. Finalmente, otto giorni prima del suo ingresso nello spedale della Carità, gli insorse un vivo dolore nella parte laterale sinistra del torace in conseguenza di essersi esposto ad una pioggia dirotta. In questi ultimi otto giorni non fece uso di alcun rimedio, e soltanto ebbe cura di starsene a letto.

Negli ultimi giorni di marzo entrò nello spedale della Carità presentando i seguenti sintomi: soffriva un' estrema ortopnea; la sua fisonomia esprimeva la più crudele ansietà. Dietro una lieve tosse, e senza sforzo alcuno espettorava una materia bianca, densa, notante in un' abbondante sierosità. Lo molestava un vivo dolore in tutta la parte laterale sinistra del torace, per cui non potevasi esplorare questa regione colla percussione.

Mediante l' ascoltazione udivasi il mormorio respiratorio forte e chiaro a destra, molto più debole a sinistra tanto anteriormente come posteriormente. La voce rimbombava con forza in tutto il lato sinistro, ove anteriormente in corrispondenza della mammella, e posteriormente un poco al di sopra dell'angolo inferiore dell'omoplata udivasi una manifesta pettoroloquia. Il polso era poco frequente, la pelle calda e secca; niuna alterazione nelle funzioni digerenti.

Dal complesso di questi sintomi non sembrava dubbia la diagnosi. Lerminier considerò questo infermo affetto da tisi polmonare. Sembrava che l' indole degli sputi, e la pettoroloquia indicassero non essersi ancor

formate le escavazioni nei polmoni. Così pure si credette che i sintomi acuti comparsi da otto giorni dipendessero da infiammazione della pleura sinistra; e la quasi completa mancanza del mormorio respiratorio a sinistra poteva risguardarsi o come un effetto del dolore, che opponevasi al movimento delle coste di questo lato, ovvero qual conseguenza di un'effusione (*vescicante al lato sinistro del torace*).

Nei primi giorni d'aprile la materia dell'espettorazione cangiò di carattere; consisteva essa in un liquido bigio disposto in masse fetentissime, ed in sì gran copia, che nello spazio di ventiquattr'ore riempiva un vaso tre volte maggiore in grandezza della sputacchiera ordinaria. Nei mesi d'aprile e di maggio le forze del malato andavano progressivamente affievolendosi; il dolore laterale lo molestava continuamente, non gli permetteva di coricarsi a sinistra, e quando si appoggiava sul lato destro veniva minacciato da soffocazione. Gli sputi sempre abbondanti divennero ancor più fetenti. Nelle ore vespertine veniva l'infermo preso da brividi di freddo, e nel corso della notte era molestato da urente calore, ma non *sudava giammai*: circostanza è questa che ci sembrava degna di riflessione in un individuo che noi consideravamo affetto da tubercoli polmonari. Nel mattino e durante la giornata il polso era ben poco frequente. — Verso la fine del mese d'aprile il malato cominciò a provare il più gran disgusto per ogni sorta di alimento; nondimeno la lingua conservava il suo naturale aspetto. Non insorse giammai il vomito, nè provò alcun dolore all'epigastrio. — Ai primi di maggio sopraggiunse la diarrea, che poi cessò, e più volte ricomparve nel corso di tutto questo mese sino alla metà di giugno. Durante il soggiorno di questo infermo nello

spedale gli furono somministrate bevande ammollienti, il lichene islandico, e le pillole balsamiche di Morton. Onde sopprimere la diarrea si prescrisse ora il decotto di riso, ora quello di catecù, ed ora le pillole composte di allume e di estratto di ratania. Si applicarono più volte i vescicanti rubefacenti alle pareti toraciche, ed agli arti inferiori. Nei primi giorni di giugno cadde il malato in un' estrema prostrazione di forze, ed in uno stato di sopore continuo, e finalmente cessò di vivere nel giorno 16 di giugno.

Sezione del cadavere
instituita diciotto ore dopo la morte.

Marasmo in grado molto avanzato.

Cranio. Copiosa raccolta di siero leggermente torbido nel tessuto cellulare sotto-aracnoideo della superficie esterna degli emisferii cerebrali. Piccola quantità di liquido trasparente e scolorato nei ventricoli.

Torace. Varie concrezioni albuminose, membraniformi coprivano qua e là la pleura polmonare sinistra. Niuna aderenza l' univa alla pleura costale.

Il polmone sinistro in genere crepitava ben poco, nondimeno il suo tessuto immerso nell' acqua notava alla superficie. Nel lobo superiore del medesimo polmone trovavasi una cavità tanto larga, che poteva contenere una noce di media grossezza, ed era riempita di un liquido analogo alla materia dell' espettorazione; ivi metteva foce un ramo bronchiale del diametro di una penna da scrivere. Una diligente dissezione di queste parti ci mostrò che le pareti del bronco, e quelle della cavità erano tra loro continue, e formate dal medesimo tessuto; in ambedue ritrovammo la membrana mu-

cosa rossa ed ingrossata, la membrana fibrosa, ed alcune tracce di cerchii cartilaginei. Era quindi evidente, che ciò che noi sulle prime avevamo preso per un'escavazione tubercolare, altro non era che una dilatazione considerevole di un ramo bronchiale. In molti punti delle pareti di questa cavità esistevano varii piccoli orificii, che conducevano ad altri bronchi.

Seguendo la dissezione anatomica di altre ramificazioni bronchiali tanto del lobo superiore come dell'inferiore del medesimo lato, ne abbiamo veduto un gran numero di una grandezza, in un determinato luogo, tre o quattro volte maggiore dell' ordinario, le quali più sotto si restringevano di nuovo, per dilatarsi ancora successivamente. Niuna d'esse terminava in cul di sacco; ma tutte invece presentavano nella superficie interna dei punti dilatati molte piccole aperture, che costituivano gli orificii di altrettanti ramoscelli bronchiali quasi capillari. Il tessuto polmonare posto tra questi bronchi in tal guisa dilatati sembrava compresso, ed era somigliante al tessuto di un polmone più o meno fortemente compresso da un'effusione di liquido nella pleura.

Il polmone destro, assai più crepitante del sinistro, presentava pure alcuni de' suoi bronchi dilatati, ma in grado assai minore. Queste dilatazioni erano parziali, consistevano in piccoli rigonfiamenti ripieni di un liquido puriforme, e che approssimativamente erano di tale capacità da poter contenere un'avellana. Onde formare simili rigonfiamenti alcuni ramoscelli di tratto in tratto si dilatavano, indi riprendevano le loro primitive dimensioni. Le pleure, costale e polmonare, di questo lato stavano tra loro unite per mezzo di antiche aderenze cellulari. Il cuore era di piccolo volume, e le sue cavità destre contenevano un coagulo bianco assai denso, e fortemente aderente alle colonne carnee.

Addomine. La membrana mucosa dello stomaco presentava lungo la sua grande curvatura cinque o sei piccole esulcerazioni superficiali, rossicce ai margini e nel fondo; e molto iniettata di sangue vedevasi la membrana mucosa delle intestina colon trasverso, e colon discendente.

In questa osservazione ritrovammo due cose della massima importanza e sono: 1.° una dilatazione di un condotto bronchiale considerevole a segno da formare una vera cavità nel parenchima polmonare compresso all'ingiro della medesima; 2.° una serie di piccoli rigonfiamenti successivi lungo il decorso del medesimo ramo bronchiale. Per niun sintomo speciale si fe palese questa seconda varietà di dilatazione; mentre invece la più estesa dilatazione dei bronchi del polmone sinistro si riconobbe, come nei casi precedenti, da un rimbombo particolare della voce. Finalmente, la grande dilatazione, che esisteva nel lobo superiore del polmone sinistro determinò il fenomeno di una vera pettoroloquia. Nei casi precedentemente descritti però l'ingresso dell' aria nei bronchi dilatati era accompagnato da una specie di soffio ben distinto, e in questo individuo, all' opposto, non solo non esisteva il soffio, ma eziandio il mormorio respiratorio era più debole a sinistra che non a destra. Questo minor grado di intensità del mormorio respiratorio nel lato ove eravi la maggiore dilatazione, dipendeva forse dalla compressione, che i bronchi dilatati esercitavano sul tessuto polmonare? da questa cagione ne derivò sicuramente una ristrettezza delle cellule aeree, e quindi diminuzione della quantità d' aria, che vi penetra abitualmente.

Sembrava d'altronde, che tutti i sintomi indicassero

trattarsi di una tisi polmonare; la sola mancanza dei sudori, fenomeno sì costante in questa malattia, avrebbe potuto indurre qualche sospetto sulla reale esistenza della degenerazione tubercolare dei polmoni. Era unicamente nella membrana mucosa dei bronchi da dove traevano origine quelli sputi purulenti, che sono ordinariamente caratteristici dell' escavazione tubercolare. Merita poi d'essere notato anche l' estremo fetore che essi emanavano. In una delle osservazioni di dilatazione dei bronchi, riferite da Laennec, fetentissima era parimenti la materia dell' espettorazione.

L'infiammazione esulcerativa, come diceva Hunter, che aveva sua sede nello stomaco, non si manifestò in questo infermo nè con dolore, nè cón vomito, nè con sete, nè con rossore della lingua; soltanto si osservò una completa anoressia, ed un estremo disgusto per ogni sorta di alimenti. Quanto mai in questo caso sarebbe riuscito dannoso un metodo di cura roborante! avrebbe forse potuto momentaneamente risvegliare l'appetito; ma ne sarebbe sicuramente derivato uno stato di stimolo assai funesto. Potremo noi conchiudere da questo fatto, che una completa anoressia prolungata a tempo indeterminato, possa essere in tutti i casi un sicuro indizio dell'esistenza di un'infiammazione latente nello stomaco? No certamente; poichè in persone, che già da lungo tempo avevano perduto ogni appetenza di cibi, e particolarmente nei tisici, non abbiamo ritrovato alcuna traccia d'infiammazione del ventricolo. Io non dubito, che in tale circostanza i tonici amari, con prudenza amministrati, quali sarebbero il rabarbaro, la radice di colombo, la china china ec. (12), abbiano a riescire proficui, mentre nocivi sarebbero stati nel caso di cui trattiamo. Ma ritorniamo al nostro argomento.

IX. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica parziale. Dilatazione di alcuni rami bronchiali. Rantolo mucoso nei punti, ove esiste la dilatazione. Cancro del fegato.

Un uomo di cinquant' anni morì in conseguenza di un' affezione carcinomatosa del fegato. Fu desso per lungo tempo molestato da tosse ostinata con espettorazione abbondantissima e puriforme. Soventi esplorammo il petto collo stetoscopio, ed abbiamo ogni volta riconosciuto un rantolo mucoso ben distinto nel lato sinistro del torace, tanto posteriormente in corrispondenza della fossa sotto-spinosa, come anteriormente alla regione della mammella, e sotto di essa. In questi diversi punti però il rimbombo della voce non era maggiore che altrove, e sotto la percussione udivasi un suono chiaro. Quest' uomo non presentava verun segno di degenerazione tubercolare dei polmoni, ed il rantolo, che udivasi in varii luoghi del polmone sinistro, era, a nostro avviso, unicamente prodotto dalla raccolta di muco nei bronchi. L' autopsia cadaverica confermò questa parte del nostro diagnostico. La superficie interna della maggior parte dei bronchi del lobo inferiore del polmone sinistro era rossiccia, ed ivi trovavasi una quantità di muco puriforme. Oltre di ciò, alcuni ramoscelli bronchiali offrivano di tratto in tratto piccoli rigonfiamenti sottili, che cedevano se mediante un' incisione, o una leggiere pressione si vuotavano del liquido, che li riempiva. I bronchi del lobo superiore di questo polmone, e della maggior parte del polmone destro, erano pallidi e vuoti.

Col sussidio dell' ascoltazione si giunse a determi-

narc in questo caso con somma precisione la sede, e l'estensione della bronchitide; ma non somministrò alcun indizio da cui concepire si potesse il sospetto dell' csistenza della dilatazionc dei bronchi.

XXXVI. Dietro le precedenti osservazioni, e quelle che trovansi registrate nell' opera di Laennec, si possono, a mio credere, stabilire tre varietà principali di dilatazione dei bronchi, tanto sotto il rapporto della natura della lesione, come sotto quello dei sintomi per cui si manifesta.

Nella prima varietà uno o più bronchi presentano in tutta la loro estensione un aumento più o meno considercvole di capacità; e in questo caso talvolta i condotti, che risultano dalla quarta, quinta o sesta divisione del bronco principalc di ciascun polmone, hanno un diamctro uguale, o anche superiore al diametro di questo. Tale dilatazione ora è limitata ad un solo ramo, ed ora è estesa a molti di essi, ed in qualche caso eziandio a tutti i rami bronchiali di un lobo polmonare. Questo genere di dilatazione non potrebbe considerarsi in tutti i casi qual risultamento di una semplice distensione passiva delle pareti dei bronchi. Frequentemente in fatti queste pareti medesime presentano uno spessore evidentemente maggiore che non nello stato fisiologico; la membrana mucosa è più consistente, più compatta che non lo è d'ordinario, e talvolta esulcerata; la membrana fibrosa, comunemente sottilissima nei piccoli bronchi, è dura, resistente, ed il tessuto cartilagineo, che nello stato normale più non esiste, o mostrasi sotto forma di grani isolati, è assai più apparente. Qucsto primo genere di dilatazione dei bronchi non è dunque, almeno in tutti i casi, un effetto puramente meccanico degli sforzi della tosse, o della rac-

colta di muco; ma è una vera ipertrofia del tessuto delle pareti bronchiali.

Quando questa prima varietà della dilatazione dei bronchi è di piccolo volume e poco estesa non si può riconoscere che ben difficilmente durante la vita; ma in grado maggiore si manifesta con sintomi sufficientemente caratteristici. Quindi in un caso da noi citato, nel quale la massima parte dei bronchi del lobo superiore del polmone destro erano considerevolmente dilatati, la voce rimbombava talmente, tanto al di sotto della clavicola, come nella fossa soprasspinosa, che sarebbesi creduto trattarsi dell' esistenza di un' escavazione tubercolare. Frequentemente nel luogo ove trovasi la dilatazione si sente contemporaneamente, ora un rantolo mucoso ben distinto, ora un vero gorgoglio analogo a quello delle escavazioni tubercolari ripiene di pus, ed ora una specie di soffio a guisa di quello che si fa sentire nelle medesime escavazioni che non contengono verun liquido.

Nella seconda varietà non avvi già dilatazione uniforme di uno o di varii bronchi in tutta la loro estensione; ma in un punto solo di uno di questi condotti esiste un rigonfiamento più o meno considerevole, per cui ne risulta una vera cavità accidentale, che all' ingiro di essa comprime il parenchima polmonare. Noi abbiamo visto un caso di questo genere; ivi in un lobo polmonare esisteva una cavità talmente ampia da poter contenere una noce. Alla sua superficie interna eravi un gran numero di orificii di altrettante diramazioni bronchiali di diametro quasi capillare. Potevasi di leggieri conoscere nelle pareti di questa cavità la tessitura delle pareti bronchiali, tanto la membrana mucosa che era in continuità coll' interno dei piccoli condotti,

quanto la membrana fibrosa, che in tutta l'estensione della dilatazione era assai più manifesta, e più densa che non nei rami bronchiali delle parti vicine. Sembrava, che quivi pure la cavità del bronco si fosse ingrandita in ragione dell' aumentato spessore delle sue pareti, nella stessa guisa che in alcune dilatazioni dell' aorta vi si associa l'ipertrofia delle sue membrane. Superiormente poi abbiamo veduto che in altri casi, al contrario, avvi l'indurimento delle pareti del bronco in combinazione colla ristrettezza della sua cavità.

La diagnosi di questa seconda varietà deve essere più o meno facile a norma della situazione, e della grandezza della dilatazione. Può essa manifestarsi ora mediante una vera pettoroloquia, ora con un soffio caratteristico, che sentesi ogni volta che l'aria penetra nei polmoni.

Finalmente in una terza varietà, un medesimo ramoscello bronchiale, dilatato ad intervalli, presenta nel senso della sua lunghezza una serie di gonfiamenti e di restringimenti successivi. Incidendo il parenchima polmonare, lo si trova disseminato di una gran quantità di piccoli tumori rotondi, di singolare bianchezza, contenenti un liquido puriforme. Penetrando nella loro cavità colla punta di uno scalpello, vedesi che questi tumori altro non sono che una continuazione dei piccoli bronchi che di tratto in tratto si sono gonfiati. Nei diversi casi di questo genere da noi osservati, le pareti dei bronchi non erano, come nelle prime due varietà, aumentate di spessore negli spazii dilatati; che anzi erano desse al contrario sottilissime. Da ciò sembra doversi ammettere, che in quest' ultima varietà i piccoli gonfiamenti parziali dei bronchi sono un effetto puramente meccanico della distensione cagionata dal muco

raccolto nei punti ove le loro pareti presentano una minore resistenza, in conseguenza di essere diminuita la loro elasticità, o per un vero assottigliamento. Sembra che questo genere di dilatazione sia meno infrequente nei fanciulli che non negli adulti, il che io ebbi occasione di verificare col dottore Guersent all' ospedale *des enfans malades*.

Ognuno facilmente rileva essere quasi impossibile il fissare la diagnosi di questa terza varietà, e tutto al più non si può che concepirne il sospetto dietro l' antica data della bronchitide, i caratteri della tosse, l' abbondanza e la qualità degli sputi, i diversi rantoli, ecc.

CAPITOLO SECONDO

ALTERAZIONI DELLA SECREZIONE DELLA MEMBRANA MUCOSA DEI BRONCHI.

XXXVII. La membrana mucosa delle vie aeree non va soggetta ad infiammarsi, senza che il liquido che essa secerne non subisca varie modificazioni tanto in quantità come nella qualità. L' ostruzione più o meno grande dei bronchi cagionata da questo liquido modifica necessariamente il mormorio respiratorio, che esiste nello stato sano, ed invece del chiaro mormorio d' espansione polmonare, sentesi un rantolo che è evidentemente un effetto dello spostamento del liquido, operato da una colonna d' aria che penetra nei bronchi ad ogni ispirazione. Crediamo conveniente di indicare questo mormorio particolare colla denominazione generica di rantolo bronchiale umido (rantolo mucoso di Laennec). Egli è però ben lungi dall'essere

questo caratteristico al pari del rantolo bronchiale secco di cui abbiamo precedentemente trattato; poichè ora si confonde per gradazioni insensibili col rantolo della peripneumonia, ed ora, quando specialmente risiede nei bronchi più voluminosi, ha molta analogia col gorgoglio, che indica l' esistenza di un' escavazione tubercolare. In questo caso la sede del rantolo, la sua estensione, la considerazione degli altri sintomi possono rischiarare la diagnosi, più che la natura del mormorio. La seguente osservazione comproverà quanto ora asseriamo.

X. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica. Rantolo bronchiale umido mucoso, e crepitante in tutta l' estensione dei due polmoni.

Un facchino di quarant' otto anni, di robusta costituzione godè buona salute fino all'anno 1821, epoca in cui contrasse un' affezione catarrale di petto che durava sino al presente (maggio 1824). Ciò nondimeno continuò sempre ne' suoi laboriosi esercizii sino al giorno anteriore al suo ingresso nello spedale; venne allora assalito da un vivo dolore alla pleura del lato destro accompagnato da febbre, e da difficoltà di respiro, ed al momento in cui entrò nella Carità gli fu fatto un salasso, e si coprì di mignatte il lato dolente. — All' indimane diminuito era il dolore, la respirazione più libera, ma il polso conservava un' abnorme frequenza, senza gran calore alla pelle, gli insulti di tosse erano pure frequenti e penosi, e la materia dell' espettorazione consisteva in un muco verdastro, denso, diviso in strati rotondi che nuotavano in una copia abbondante di sierosità. Il petto sotto la percussione mandava un suono ovunque uniforme e nor-

male; e mediante l' ascoltazione udivasi in tutti i punti del torace un rumore di rantolo manifestissimo: in molti luoghi pareva di sentire delle grosse bolle d'aria, che si aprivano alla superficie di un liquido; altrove era un rumore analogo al rantolo tracheale dei moribondi; in altri punti finalmente sembrava che le bolle d' aria più piccole e più numerose producessero ogni volta che si rompevano un rumore, che potevasi con tutta esattezza paragonare alla crepitazione di un sale gettato sul fuoco. — I battiti del cuore si sentivano con mormorio, ma senza impulso alla parte inferiore dello sterno. La respirazione era breve, accelerata. Già da lungo tempo la digestione stomacale non si operava che con difficoltà. Il malato aveva pochissimo appetito, frequentemente veniva preso da dolori all' epigastrio, e di tempo in tempo vomitava gli alimenti. La lingua però conservava il suo naturale aspetto; e già si osservava un incipiente marasmo. Lerminier istituì la seguente diagnosi: *bronchitide cronica complicata da pleuritide acuta, dilatazione delle cavità del cuore senza ipertrofia delle loro pareti, gastritide cronica.* Fu applicato un vescicante rubefacente al lato del dolore.

Nei giorni successivi il dolore laterale scomparve, diminuì la frequenza del polso, insistettero i sintomi della bronchitide. Dal 15 maggio al 20 giugno i segni della malattia del cuore si resero più manifesti, aumentò notabilmente l' oppressione di respiro; la faccia acquistò un colorito violaceo; si sviluppò dapprima l' edema agli arti inferiori, ed in seguito agli integumenti dell' addome, e del torace. In tutto questo tempo si continuò ad udire le diverse varietà di rantolo da noi indicate. L' infermo cessò di vivere nel giorno 20 di giu-

gno in uno stato di estrema dispnea. Fino alla morte non fece uso che di bevande ammollienti. Si tentarono i diuretici attivi, ma da questi ne venne un aumento del dolore all'epigastrio, e furono rigettati col vomito. Vennero più volte applicate le mignatte all' ano e varii vescicanti alle estremità inferiori.

Sezione del cadavere.

Polmoni ingorgati da una gran quantità di siero sanguinolento, ma d' altronde sani e ben crepitanti. Vivo rossore diffuso a tutte le ramificazioni della superficie interna dei bronchi. Dilatazione considerevole del ventricolo destro del cuore senza alcun' altra lesione di quest'organo nè dei grossi vasi. Effusione di un mezzo bicchiere di pus nella pleura sinistra, circoscritto da false membrane, in vicinanza della base del polmone. Rammollimento bianco della membrana mucosa dello stomaco nella maggior parte del gran cul di sacco. Questo rammollimento è tale, che raschiando leggermente la membrana col dorso di uno scalpello la si leva sotto forma liquida.

Questa osservazione offre un esempio delle diverse gradazioni del rantolo umido, che possono essere prodotte dalla sola infiammazione dei bronchi. In molti punti questo rantolo rassomigliava moltissimo al rantolo crepitante della peripneumonia, ed in altro luogo presentava ben poca differenza dal gorgoglio delle escavazioni tubercolari. Ma per una parte la grande estensione di questo rantolo, e per l' altra la mancanza dei sintomi proprii della peripneumonia o dei tubercoli, ci persuasero, che esso non era che un effetto

della copiosa raccolta di muco nelle cavità dei bronchi. Le varietà di questo rantolo puramente bronchiale dipendono senza dubbio e dalla differenza del calibro dei bronchi ove succedeva il fenomeno, e dalla quantità e qualità del liquido che esisteva in questi condotti, ammesso anche che il diametro fosse il medesimo.

Sembra che in questo caso la malattia del cuore sia sopraggiunta in conseguenza dell'affezione dei bronchi, il di cui abituale ingorgo poteva considerarsi qual ostacolo permanente al libero afflusso del sangue nel polmone. All' epoca in cui l' infermo fu ricoverato nello spedale pochissimi erano ancora i sintomi, che annunciavano l' aneurisma del cuore, e soltanto mediante l'ascoltazione si arrivò a scoprirne l' esistenza. La bronchitide e la gastritide erano le sole affezioni morbose evidenti, da cui traevano origine i fenomeni che si osservavano. Ma in breve si cangiò di scena, comparve tutto il corredo dei sintomi caratteristici della dilatazione delle cavità destre del cuore, e l'alterazione di quest'organo divenne allora la malattia predominante per la quale l' ammalato dovette soccombere.

XXXVIII. Avviene talvolta che nel decorso di una bronchitide improvvisamente cessa in una certa estensione del polmone tanto il mormorio naturale dell' espansione polmonare, come il rantolo bronchiale; in questa medesima parte ove l' orecchio più non sente verun mormorio fisiologico, o morboso, il petto sotto la percussione è ugualmente sonoro come nello stato sano, ed in pari tempo vengono gli infermi assaliti da più o meno considerevole difficoltà di respiro. Ad imitazione di Laennec, noi pure attribuiamo questa subitanea sospensione del mormorio respiratorio all' o-

struzione momentanea di un bronco, le di cui ramificazioni si distribuiscono a quella parte di polmone ove più non si sente la respirazione. In queste circostanze sotto un forte accesso di tosse viene espulso, o almeno cangia di posizione il muco più ó meno tenace, che chiudeva la cavità del bronco, si ristabilisce il mormorio respiratorio colla medesima prontezza con cui scomparve, e cessa pure la dispnea. Nondimeno in alcuni più rari casi il mormorio d'espansione polmonare non si rimette più, aumenta la difficoltà di respiro, imminente è la soffocazione, ed avviene la morte per asfissia. In tal guisa la più lieve bronchitide può improvvisamente trasformarsi in una malattia gravissima, e cagionare una pronta morte. Le due seguenti osservazioni si riferiscono a fatti di questo genere.

XI. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica. Ostruzione di un bronco in conseguenza del muco ivi accumulato. Morte per asfissia.

Un operaio di cinquantatrè anni era stato ammesso nello spedale della Carità per essere curato di un reuma articolare; già da due mesi circa aveva una tosse ostinata con espettorazione di sputi densi e tenaci. Più volte percosso il petto, udivasi costantemente un suono ben chiaro, e mediante l' ascoltazione sentivasi il respiro chiarissimo in tutto il lato sinistro, ed accompagnato da rantolo mucoso nei lobi superiori, e medio del polmone destro. Non eravi però alcuna difficoltà nella respirazione. Erano già state istituite molte emissioni di sangue all' oggetto di combattere l' infiammazione articolare, quando un giorno, sotto un forte insulto di tosse, fu improvvisamente l'ammalato assalito da estrema di-

spnea, e in tutta la giornata, e nel decorso della notte ebbe una crudele ortopnea accompagnata da sforzi quasi continui di tosse. All'indimani mattina imminente era l' asfissia, la faccia tumida e violacea, le estremità livide, il polso esilissimo. L' infermo, pronunciando appena qualche parola con voce anelante, supplicava che lo si sollevasse dal peso enorme che asseriva di sentire in corrispondenza della mammella destra, e che lo soffocava. Il petto era sotto la percussione ugualmente sonoro come per lo addietro. Il mormorio respiratorio era *puerile* in tutto il lato sinistro, e posteriormente a destra sentivasi in diversi punti un rantolo mucoso; ma anteriormente in questo medesimo lato nello spazio tra la clavicola sino al di sotto della mammella, e posteriormente nella fossa sopra-spinosa non udivasi nè la respirazione, nè il rantolo, quantunque il petto si sollevasse con forza. *Fummo d'avviso trattarsi di un enfisema polmonare!* Ma non avevamo ancora abbandonato il letto che l' infermo spirò.

Sezione del cadavere.

I visceri del cranio e dell' addomine non presentarono alterazione alcuna, fuorchè un' iniezione venosa generale. — Il cuore ben proporzionato nelle sue dimensioni, conteneva nelle proprie cavità un sangue nerastro per metà coagulato. I polmoni, sebbene ingorgati di sangue, come osservasi in molti cadaveri, non presentavano alterazione veruna nel loro tessuto organico, il quale galleggiava benissimo nell' acqua. Niuna lesione si riscontrò nella laringe e nella trachea. Noi eravamo in una completa ignoranza intorno alla causa degli accidenti, che precedettero la morte, e

della morte stessa; non potevamo concepire la ragione della mancanza del mormorio respiratorio durante la vita nella parte superiore del polmone destro, mancanza, che credemmo dipendere da un enfisema. Ma incidendo i bronchi, la punta ottusa del bistori incontrò all' origine di una larga diramazione bronchiale, una massa di muco concreto, quasi solido, che chiudeva a guisa di turacciolo questo condotto membranoso, e prolungavasi assottigliandosi, nelle parti interne. Da questo bronco, per tal modo ostrutto, traevano origine i rami, che trasportavano l' aria nel lobo superiore del polmone. La membrana mucosa dei bronchi era d' altronde intensamente rossa.

Fa meraviglia il vedere come in questo individuo fossero insorti sintomi così gravi in conseguenza dell'impedito passaggio dell' aria in una così piccola porzione dei polmoni, mentre che presso moltissimi infermi, nei quali la massima parte dei polmoni è resa impermeabile all'aria, si mantiene la vita per lungo tempo, senza che talvolta vi sia nemmeno una grande difficoltà di respiro; ma in questi la permeabilità dei polmoni non cessò che a poco a poco, quando invece nel nostro ammalato il passaggio dell' aria fu improvvisamente interrotto e sospeso.

Facciamo qui pure riflettere, che se in questo caso non si avesse esaminato con diligenza lo stato dei bronchi, si sarebbe forse, in difetto di sensibile alterazione organica, considerata la malattia come un asma nervoso; e questa dispnea, che dipendeva da una causa totalmente meccanica, sarebbe stata attribuita ad una metastasi del reuma articolare sui polmoni.

XII. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica con melanosi. Ostruzione di un bronco in conseguenza di una concrezione mucosa a foggia di polipo. Dispnea più o meno grande, e morte.

Un cocchiere di cinquant' anni entrò più volte nello spedale della Carità per essere curato di un antico catarro polmonare associato a lieve dispnea, e ad un'abbondantissima espettorazione puriforme, e ne uscì altrettante volte sensibilmente migliorato, ma non guarito. In ambedue i lati del torace di questo individuo sentivansi tutte le varietà del rantolo bronchiale. In un punto la colonna d' aria, penetrando nei bronchi, imitava il russare di un uomo, che dorme profondamente; in un altro punto era come un gemito sordo e prolungato; altrove, un mormorio di soffietto; in un altro luogo ancora, imitava perfettamente il canto della tortorella, ecc.; in certe parti del petto finalmente udivasi una specie di gorgoglio simile al rantolo tracheale dei moribondi. Nei primi giorni dall' ultima ammissione di questo infermo nello spedale, aveva la funzione del respiro ancora sufficientemente libera. Con sorpresa, un mattino, lo ritrovammo in uno stato d'ansietà insolita; diceva esso che da mezza notte in su, in conseguenza di un violento accesso di tosse, gli era improvvisamente sopraggiunto un grande affanno di respiro. Esplorando il petto coll'ascoltazione, riconoscemmo che l'aria più non penetrava in quasi tutta l' estensione del lobo superiore del polmone destro. Ivi, infatti, più non esisteva il mormorio respiratorio, e non udivasi che un rantolo bronchiale in lontananza. Nondimeno, in questa medesima parte il petto, sotto la percussione, risonava come allo stato normale; che

anzi ivi il suono era eziandio ben più chiaro che non al di sotto della clavicola, ove da alcuni mesi era divenuto alquanto ineguale. Si applicò un vescicante al torace.

Nel corso della giornata aumentò a segno la dispnea da minacciare la soffocazione, e nella notte successiva l'infermo cessò di vivere.

Sezione del cadavere.

Torace. Melanosi sotto forma di masse nere e dure alla sommità del polmone sinistro; parenchima polmonare sano. A sinistra, bronchi di color rosso livido, e riempiti di mucosità puriforme. A destra, precisamente nel medesimo luogo come nell'ammalato che forma il soggetto dell'osservazione nona, si ritrovò il bronco principale, che distribuisce l'aria al lobo superiore, perfettamente ostrutto da un muco tenace, simile ad un cilindro pieno. Questa concrezione mucosa si prolungava, dividendosi a guisa delle concrezioni polipose, e vascolari, in tre o quattro ramoscelli bronchiali. Niuna alterazione nel cuore e nei vasi maggiori, nè nella laringe e nella trachea.

Le riflessioni da noi fatte nella precedente storia si applicano esattamente anche a questo ammalato, essendo il caso identico.

XXXIX. Richiamata una volta l'attenzione intorno al genere di accidenti, che or ora abbiamo esposto, non sembra tanto difficile lo stabilirne la diagnosi. Si concepirà il sospetto dell'ostruzione di un bronco, se d'improvviso sopraggiunge una dispnea considerevole nel corso di una semplice bronchitide; e se contemporaneamente più non si sente il mormorio di respirazione

in una certa estensione del polmone, e nel medesimo punto chiaro si conserva il suono, che tramanda il petto sotto la percussione. L' enfisema polmonare è la sola malattia, che potrebbe presentare questo complesso di sintomi.

L' indicazione cui devesi in questo caso soddisfare è d' altronde evidente: gli sforzi del vomito possono contribuire efficacemente ad espellere la concrezione mucosa, che ottura i bronchi; potrebbesi pure con vantaggio far inspirare i vapori d'acqua semplice o imbevuta di varie sostanze aromatiche. Gioverà tentare l' uso di quei medicamenti, che credonsi dotati della facoltà di rendere più liquido il muco bronchiale, aumentando l' esalazione polmonare, quali sarebbero il chermes minerale, l' ossimiele scillitico, ec. Nè bisogna in pari tempo trascurare di ricorrere, come a mezzi paliativi, alle emissioni di sangue, e ai rivellenti.

XL. Onde ben determinare il cangiamento cui va soggetto il muco dei bronchi in conseguenza dell' infiammazione, bisogna aver riguardo alla specie di secrezione, che succede alla loro superficie nello stato di salute presso i diversi individui.

La membrana mucosa polmonare, considerata sotto questo rapporto, presenta altrettante varietà come la membrana delle fosse nasali. Molte persone infatti, senza essere raffreddate, in diverse epoche della giornata, e specialmente al mattino, espettorano una quantità più o meno grande di materie, ora tenui e trasparenti come gli sputi della bronchitide nel primo stadio, ora densi, glutinosi ed opachi, a somiglianza degli sputi della bronchitide cronica.

Quando rimane affetto d' infiammazione cronica dei bronchi un individuo che abitualmente non ha espetto-

razione, la tosse dapprima è secca, e si mantiene lungamente in questo stato. In coloro che ordinariamente anche nello stato di salute sono soggetti all' espettorazione, questa viene soppressa, se l' infiammazione è intensa; e se è lieve, continua tuttavia, e non solo aumenta la quantità degli sputi, ma cangiansi eziandio le loro qualità abituali.

XLI. Seguendo l' espettorazione nelle diverse fasi della bronchitide acuta, presenta essa ordinariamente le seguenti modificazioni.

Nel principio della malattia la tosse è secca, fuorchè nel caso superiormente indicato. Finchè persiste la tosse secca, la bronchitide è ancora nel primo periodo. In capo a un tempo più o meno lungo, a norma delle disposizioni individuali, ed in ragione del metodo di vivere e del trattamento curativo cui si attiene l' ammalato, ogni insulto di tosse è seguito dall' espettorazione di un muco chiaro, trasparente, e viscido come l' albume d' uovo; versandolo da un vaso all' altro vi passa in un sol corpo di un'estrema tenacità. Ora forma dei filamenti a guisa del vetro fuso; ora si allarga come una specie di tela trasparente e filamentosa, che all' aspetto ha molta analogia colla membrana mucosa finissima che ricuopre i seni frontali, o mascellari; la tenacità poi e la viscosità sono maggiori quanto più grave è l' irritazione della mucosa. Quando l' infermo è tormentato da violenti insulti di tosse, accompagnati da una sensazione di forte calore nel petto, da manifesta oppressione, e da un' estrema ansietà generale, la materia espettorata è di una viscosità grandissima. Se allora si inclina alquanto il vaso ove è contenuta, essa non si distacca così facilmente; sta adesa ai margini del vaso per mezzo di lunghe strisce, ed ha qual-

che analogia cogli sputi gelatiniformi della peripneumonia acuta.

XLII. Quando l' infiammazione bronchiale è accompagnata da febbre, aumenta la viscosità degli sputi durante il parosismo febbrile; e siccome contemporaneamente si esacerbano gli altri sintomi della bronchitide, un pratico poco esercitato potrebbe essere ingannato da una sì grande viscosità degli sputi, e considerarla mal a proposito qual segno di un' infiammazione del parenchima stesso del polmone. Ma se si osservano di nuovo gli sputi dopo cessato il parosismo, si vedrà che essi hanno perduto la loro viscosità, e non sarà più possibile cadere in inganno.

In altre circostanze si sopprime durante il parosismo ogni sorta di espettorazione; il che è indizio di incremento d' irritazione della membrana mucosa.

In alcuni ammalati quando il sudore va in declinazione, e pone fine al parosismo, si stabilisce una espettorazione copiosa di sputi densi ed opachi, quali si mostrano nell' ultimo periodo della bronchitide acuta. Ma questa condizione degli sputi non è che passeggera, ed in breve l' infermo ritorna ad espettorare una mucosità chiara e limpida come prima dell' esacerbazione febbrile. Quindi l' espettorazione, in un solo parosismo soventi brevissimo, presenta tutte le modificazioni, che essa offre nei diversi periodi della bronchitide.

XLIII. Formasi non di rado alla superficie degli sputi una schiuma più o meno abbondante in ragione della facilità con cui vengono emessi. Se l' ammalato non espettora che dopo un prolungato insulto di tosse, durante il quale l' aria, più volte inspirata ed espirata, si è intimamente mescolata colla mucosità che riempie

i canali aerei, contengono allora gli sputi una grande quantità d' aria, che forma alla superficie dei medesimi una specie di spuma, da cui non si possono separare se non colla massima difficoltà.

XLIV. In questo primo periodo soventi tra gli sputi vedonsi alcune strisce di sangue proveniente dai piccoli vasi, che si sono rotti sotto gli sforzi della tosse. Il sangue è allora mescolato col muco, ma non è così intimamente combinato come negli sputi rossicci della peripneumonia.

XLV. Succede talvolta, che fra la mucosità trasparente trovasi una quantità più o meno grande di piccoli grumi di color bianco sporco, essi non provengono dai polmoni, ma sembra invece che sieno separati nella faringe, nelle fauci, e nella bocca dalle cripte mucose di cui abbonda la membrana di queste parti. Erroneamente furono questi grumi considerati quai frammenti di tubercoli polmonari, e per conseguenza come uno dei segni patognomonici della tisi.

XLVI. Finchè gli sputi presentano l' aspetto ora indicato, non si emendano i sintomi dell'irritazione bronchiale; la materia espettorata è ancora allo stato di crudezza, come dicevano gli antichi, per esprimersi in conformità ai principii delle loro teorie umorali. Ma di mano in mano che l' infiammazione tende verso la risoluzione, gli sputi cangiano di carattere, a poco a poco perdono la loro trasparenza, ed il muco di cui si compongono è frammisto a masse opache, gialle, bianche o verdastre, scarse da principio, ma che in seguito aumentano a segno che alla fine vanno a costituire la totalità degli sputi. Una simile espettorazione è d'ordinario accompagnata da sensibilissima remissione nei diversi sintomi dell' infiammazione bronchiale,

ed è un indizio che questa va risolvendosi, e che, come dicevano gli antichi, era succeduta la cozione. Nulla però vi ha di più vario quanto l' aspetto e la qualità degli sputi opachi, che vengono espettorati verso il finire della bronchitide acuta.

Quantunque da Ippocrate sino ai nostri giorni abbiano gli scrittori sempre ripetuto, che la risoluzione del catarro polmonare non può considerarsi completa, finchè gli sputi non presentino un certo grado di spessore e di opacità, noi però abbiamo veduto alcuni individui affetti da intensa flogosi dei bronchi ristabilirsi perfettamente in salute, quantunque gli sputi avessero costantemente conservato quello stato che chiamavasi di crudezza. Ma queste sono rare eccezioni ad una regola generale.

LXVII. L' esame degli sputi può adunque servire ad indicare con sicurezza, pochi casi eccettuati, il periodo della malattia, ed il grado dell' irritazione della membrana mucosa dei bronchi. Quando l' infiammazione, che già s' avvicinava alla risoluzione, si esacerba di nuovo, il cangiamento che avviene allora negli sputi è pure un indizio certo del rinovamento dello stadio acuto della flogosi.

La considerazione degli sputi può servire di lume nel determinare le indicazioni curative. Soventi la qualità di essi, il grado di trasparenza o d'opacità, la loro espettorazione facile o laboriosa, rara o frequente, ci somministrano altrettanti dati, che ci servono di norma nella scelta dei presidii terapeutici.

XLVIII. Quando la bronchitide acuta, invece di terminare in risoluzione, passa allo stadio cronico, gli sputi conservano l' aspetto che hanno nell' ultimo periodo dell' infiammazione acuta; quindi sono opachi,

bianchi, gialli, o verdastri; ora si attaccano al fondo del vaso, ove nuotano, o restano sospesi fra una sierosità trasparente, o torbida; comunemente sono privi di odore, ed agli ammalati sembrano insipidi, e vengono facilmente espulsi mediante leggeri sforzi di tosse.

Riesce soventi assai difficile il distinguere gli sputi della bronchitide cronica da quelli che appartengono alla degenerazione tubercolare dei polmoni. Quando tratteremo dell' espettorazione propria di quest' ultima malattia prenderemo ad esaminare minutamente tutto ciò che si riferisce a questo importante argomento.

XLIX. Una bronchitide cronica può durare lungamente con un' espettorazione simile a quella che osservasi al principio dell'infiammazione. Esiste in questo caso un' infiammazione acuta prolungata a tempo indeterminato; il che risulta non solo dal carattere degli sputi, ma ben anche dal complesso degli altri sintomi, come sarebbero una sensazione abituale di vivo calore e di stiratura nell' interno del petto, gli insulti di tosse violenti e penosi, un urente calore alla pelle, ec. Quindi ne viene la necessità di insistere in un metodo di cura temperante, debilitante, malgrado la lunga durata della malattia.

L. Abbiamo superiormente detto, che gli sputi della bronchitide cronica sono d' ordinario inodori, nondimeno si danno dei casi in cui emanano un fetore insopportabile, quasi uguale a quello degli sputi bigii della gangrena del polmone. Niuna particolare lesione dei bronchi rendeva ragione di questo insolito fetore, il quale non potevasi per conseguenza attribuire fuorchè ad un' alterazione speciale del liquido bronchiale. Un esempio di sputi fetentissimi fu già da noi riferito in uno dei malati affetti da dilatazione dei bronchi (VIII

osservazione); eccone un altro nella presente storia interessante.

XIII. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica. Gran fetore degli sputi. Melanosi del polmone.

Un cuoco di sessanta cinque anni entrò nello spedale della Carità verso la metà del mese di marzo 1822, in uno stato di sfinimento e di magrezza estrema. Già da dieci a dodici anni soffriva affanno di respiro, ad ogni inverno andava soggetto alla tosse, e nell' estate dell' anno 1821 fu preso da emoftisi. All' epoca in cui fu ricoverato nello spedale aveva una gran tosse accompagnata da un' abbondante espettorazione di sputi verdastri *fetentissimi*, i quali, inclinando il vaso, si distaccavano con facilità; di modo che sembrava essere i medesimi provenienti da un sacco pleuritico, o da una vasta escavazione tubercolare. Una simile espettorazione, stando all' asserzione dell' infermo, esisteva già da molti anni. Sotto la percussione il petto rimbombava uniformemente e normalmente in ogni sua parte, e mediante l'ascoltazione udivasi il mormorio respiratorio in tutta la sua estensione e chiarezza associato posteriormente ad una specie di fischio, che ricorreva ad intervalli. L'infermo era apiretico, nè sudava giammai (*pillole di Morton*, *idromele composto*) (*).

(*) Distinguesi con questa denominazione, allo spedale della Carità, il seguente composto:

Radici d' enula		un oncia
Sommità d' issopo	}	una o due dramme
Foglie di edera terrestre . . .	}	
Siroppo di miele		due once

(Vedi il formolario degli Spedali di Parigi di Ratier).

Nei successivi dieci, o dodici giorni niun cangiamento avvenne nella condizione del malato. La materia dell' espettorazione era sempre di un fetore ributtante; conservava buon appetito, ma la debolezza andava sempre più aumentando.

Addì 28 marzo aggravò sensibilmente. La faccia era livida, gli occhi languenti, i polsi frequentissimi, irregolari, e la dispnea estrema.

Nei due successivi giorni imminente era la soffocazione. Rantolo crepitante manifestissimo ad ambedue i lati della parte posteriore. Lingua secca e bruniccia. — Morì, addì 31 marzo.

Sezione del cadavere

Ammollimento notevolissimo della sostanza cerebrale. Copiosa raccolta di sierosità nei ventricoli laterali, e nel tessuto cellulare sotto-aracnoideo della superficie superiore del cervello.

Incidendo i polmoni ne scorreva una grande quantità di siero spumeggiante, scolorato (edema), ed in alcuni punti il loro tessuto non era crepitante, ma duro, e di un colorito nero fosco (melanosi infiltrata). Le principali diramazioni dei bronchi riempite di un liquido simile, nel rapporto dell' estremo suo fetore, a quello, che veniva espettorato, erano bianche alla loro superficie interna; ma nei piccoli rami, ove eravi pure raccolta del medesimo liquido, la membrana mucosa presentava un colore rosso fosco.

Iniezione sanguigna della membrana mucosa gastrica. Milza voluminosa, mollissima, e contenente un liquido nero come l' inchiostro.

Un ributtante fetore degli sputi può dunque talvolta appartenere ad una semplice secrezione della membrana mucosa bronchiale. Nè l' essere estremamente liquidi, nè lo scorrere dei medesimi in una massa uniforme, non sono indizii costantemente sicuri dell' esistenza di una cavità della pleura, o dei polmoni, le di cui pareti secernano del pus. Questa espettorazione poi esisteva già da molti anni, e se da altra sorgente derivata fosse fuorchè dai bronchi, ne sarebbe certamente per essa avvenuta più prontamente la morte.

La melanosi di poco momento, da cui erano affette alcune parti del parenchima polmonare, verisimilmente non contribuì che ben poco al decadimento dell' infermo. Sembra che il marasmo in cui cadde a poco a poco sia stato specialmente cagionato dalla bronchitide cronica, che durò per tanti anni. Non dimentichiamo di notare, come segni negativi proprii a distinguere i casi simili da una vera tisi polmonare, la costanza dell' apiressia, e la completa mancanza dei sudori.

Tale infermo doveva per questa malattia inevitabilmente morire, ed in fatti per essa cessò di vivere, ma improvvisamente ed in un modo inaspettato. In molte affezioni croniche talvolta gli ammalati muoiono d' improvviso, senza che vi preceda l' agonia, quando sono ancora sufficientemente in forza, e quando il cervello, il cuore, ed i polmoni adempiono ancora alle loro funzioni. In simili casi la causa immediata, che fa cessare sì rapidamente la vita, sfugge al nostro intelletto. Nel nostro infermo però la cosa non fu così. La morte fu preceduta da una dispnea sopraggiunta improvvisamente, e che sembrò essere il risultato dell'ingorgo sieroso (edema polmonare), che improvvisamente si formò nei polmoni.

LI. Si danno in pratica bronchitidi acute o croniche accompagnate da abbondantissima secrezione bronchiale, la quale sembrami essere, in molti casi, la causa principale dello sfinimento e della morte degli infermi. Tali flussi mucosi, sierosi o purulenti, costituiscono allora, secondo il linguaggio della scuola di Montpellier, il principale elemento della malattia. Gli altri sintomi delle infiammazioni soventi sono assai leggieri, o quasi nulli, di modo che in alcuni casi parrebbe doversi intieramente separare questo flusso dalle vere affezioni infiammatorie sotto il duplice rapporto della natura dei sintomi, e del metodo di cura.

XIV. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica. Espettorazione abbondantissima. Marasmo, e morte.

Un vecchio fu condotto nello spedale della Carità nel mese d' aprile 1821. Già da otto mesi soffriva la tosse, e da cinque mesi espettorava nell' intervallo di ventiquattro ore circa un litro di mucosità trasparente e scolorata, alla cui superficie eranvi varie macchie rotonde e verdastri, isolate le une dalle altre. La respirazione era breve e frequente. Il petto, sotto la percussione, risonava normalmente in ogni sua parte; ovunque pure udivasi il mormorio respiratorio unitamente a diversi rantoli bronchiali, secchi ed umidi. Niun calore morboso alla pelle, nè frequenza alcuna di polso. Il dimagramento e la debolezza erano all'ultimo grado. Nei tre giorni successivi visse nel medesimo stato: aveva afonia, alterazione dei lineamenti della fisonomia, ostinata stitichezza d'alvo. Nel quarto giorno sopraggiunse un lieve delirio; diminuì la copia degli

sputi, che sono divisi in masse, e di un colorito bigio-sporco. Nel quinto giorno cessata era ogni espettorazione; aveva la faccia ippocratica, il rantolo tracheale, e morì nella giornata.

Il tessuto dei due polmoni, mediocremente ingorgati di siero, era crepitante e sanissimo. La membrana mucosa presentava varie macchie rosse nei bronchi di maggior calibro, mentre nelle piccole diramazioni il rossore era più vivo ed uniforme; quivi esisteva una copiosa raccolta di un liquido della medesima natura di quello degli sputi. Tutti gli altri visceri si ritrovarono in condizione normale.

Questa osservazione ci somministra un esemplare ben distinto di una bronchitide cronica esente da ogni complicazione. Avvenne forse la morte in conseguenza della perdita abbondante, che ogni giorno ne derivava? Qui pure, come nell' individuo che forma il soggetto dell' osservazione XIII, non eravi alcuna reazione febbrile. In questo caso, la principale indicazione cui dovevasi soddisfare, non consisteva forse nel cercare di diminuire l' eccessiva secrezione dei bronchi? E non potevasi ciò forse ottenere colle sostanze dette balsamiche somministrate internamente per la via dello stomaco, ovvero direttamente applicate sotto forma di vapore alla membrana mucosa dei bronchi? È appunto in casi di questa natura che giovarono i vapori di trementina proposti già da lungo tempo quali specifici nella tisi polmonare.

Nel nostro ammalato gli sputi assomigliavano in modo singolare a quelli che vengono espettorati da individui affetti da escavazioni tubercolari dei polmoni; ma *la completa mancanza della febbre, e gli indizii sommi-*

nistrati dall' ascoltazione, illuminarci potevano intorno l' indole vera della malattia.

Facciasi finalmente riflesso alla considerevole difficoltà di respiro, sofferta da questo individuo, senza che vi esistesse lesione alcuna del parenchima polmonare nè del cuore. La sola secrezione abbondantissima della membrana mucosa delle vie aeree devesi in fatti considerare come una fra le numerossime cause dell' asma. Le persone affette da questo vizio della secrezione bronchiale hanno abitualmente la respirazione alquanto affannosa. Se per l' influenza di qualsiasi cagione difficile si fa l' espettorazione, ovvero se l' abbondante secrezione che ordinariamente si effettua alla superficie interna dei bronchi, d' improvviso aumenta ancor di più, la soffocazione può farsi imminente; ma quando pe' soccorsi dell' arte, o per le sole forze della natura le vie aeree siano sgombrate dal liquido, che quasi le otturava, rapidamente diminuisce la dispnea, e l' infermo in un colla libertà del respiro ricupera la vita. Avremo occasione di ritornare in seguito su questo argomento.

XV. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica. Espettorazione abbondantissima.
Lesione del parenchima polmonare.

Un uomo di quarantott' anni, dai capegli neri, di pelle bruna, e fornito di robusti e ben sviluppati muscoli, già da otto anni è tormentato da una tosse ostinata. Dall' epoca in cui cominciò a tossire, egli espettora una sì grande quantità di sputi, che arriva a riempire nell' intervallo di ventiquattro ore tre o quattro volte lo sputatoio ordinario dello spedale. La materia dell' espettorazione è composta di una mucosità

trasparente, alla superficie della quale nuotano larghe masse puriformi, a margini sottili, e rotondi, di un color bianco verdastro, privi di odore, ed isolate le une dalle altre. Il malato soffriva abitualmente difficoltà di respiro. Esplorando il petto mediante l'ascoltazione sentivasi la respirazione ampia e libera in tutta l'estensione del lato sinistro del torace, ma a destra e posteriormente udivasi un rantolo manifesto, che ci sembrava prodotto dal miscuglio dell'aria col muco nei rami bronchiali. Il malato non aveva mai febbre; sebbene dimagrato non era per anco giunto a quello stato di consunzione, che accompagna le degenerazioni organiche dei polmoni; e le sue forze, quantunque si lagnasse di un progressivo e rapido indebolimento, si conservavano nondimeno a tal grado, che ogni giorno poteva alzarsi dal letto. Invano l'infermo, tanto prima quanto dopo il suo ingresso nello spedale, venne tormentato con molti rimedii tanto esterni che interni, quali sono i setoni, le moxe, i vescicanti, le acque sulfuree, le fumigazioni di benzoino, ecc.; tutti questi diversi presidii terapeutici non diminuirono l'espettorazione, e non ne cangiarono il carattere. Verso la metà di gennaio 1821, sei mesi dopo la sua ammissione nello spedale della Carità, cessò di alzarsi dal letto, e da quell'epoca in poi la debolezza fece progressi ancor più rapidi. Il respiro divenne quasi ortopnoico, *ma non ebbe mai alcun accesso febbrile, nè diarrea, nè sudori.* Soltanto due giorni prima di morire il polso divenne leggermente frequente, e la pelle calda; vomitò spontaneamente una grande quantità di bile verdastra, non espettorò più, e cessò di vivere.

Questo individuo era forse affetto da tubercoli polmonari? Noi non abbiamo mai pensato a ciò, e l'autopsia cadaverica giustificò la nostra diagnosi.

Sezione del cadavere.

Il parenchima del polmone sinistro era perfettamente sano in tutto il lobo inferiore, e nella maggior parte del superiore; precisamente alla sommità era duro, ineguale, nero all' esterno, ed in questa parte inciso ci presentò tre o quattro piccole masse nere come l' inchiostro, durissime, del volume di un avellana; altre, più molli, rassomigliavano ai frammenti di carbone, che si spandono nel tessuto del polmone, i di cui vasi sieno stati iniettati con questo corpo stemperato nell'acqua. Questa parte del polmone era evidentemente affetta da melanosi. I bronchi erano pallidi e vuoti.

Esistevano morbose aderenze tra il polmone destro e le coste; il suo tessuto, disseminato di macchie nere, era duro, bigio, impenetrabile all' aria; quest' alterazione costituiva l' epatizazione bigia della peripneumonia cronica, e in essa vi si trovavano cinque, o sei piccoli tubercoli migliari, del volume dell' estremità tondeggiante di un ago. Queste parti ammalate formavano tutt' al più tre decimi della massa totale del polmone destro, ed il rimanente era permeabile all' aria, e perfettamente sano; ma tagliando il suo tessuto vedevasi uscire da moltissime piccole diramazioni bronchiali un liquido puriforme simile alla materia dell' espettorazione; e di questo fluido erano pure riempiti i condotti principali, che ci sembrarono più ampii dell' ordinario, ed il ramo che risulta immediatamente dalla biforcazione della trachea. La membrana mucosa era mediocremente tinta in rosso.

Le melanosi (*) che esistevano alla sommità del polmone sinistro, lo scarso numero dei tubercoli migliari sviluppatisi fra quelle parti del polmone destro, che erano affette da peripneumonia cronica, finalmente questa stessa peripneumonia, a nostro avviso, non contribuirono che in modo secondario al decadimento, ed alla morte dell'infermo; ed invece sembra che questo individuo, al pari di quello che forma il soggetto dell'osservazione XIV, abbia dovuto soccombere in conseguenza dell'eccessiva quantità di muco separato dalla membrana mucosa bronchiale. Considerata questa secrezione nel rapporto dell'influenza funesta, che esercita sull'economia animale, può paragonarsi a tutte le evacuazioni abbondanti, che sussistono da lungo tempo. Non dimentichiamo però, che alcuni individui sopportano per molti anni un'abbondante perdita di muco, senza che la loro fisica costituzione sembri esserne sensibilmente sconcertata. Di tal natura era il caso di un uomo più che settuagenario, di cui parla Wan-Swieten, il quale già da trent'anni, ogni giorno espettorava regolarmente molte once di pus (*puris albi cocti*), e che nondimeno godeva ottima salute. L'esperienza ha pure insegnato ai pratici, che molte fra queste abbondanti espettorazioni, che non cagionano alcun disordine nell'economia, devono essere rispettate, costituendo esse una specie di emuntorio stabilito dalla natura, il quale non sempre puossi disseccare impunemente. Sotto que-

(*) Altrove ho discusso intorno la natura di questa lesione, che non sembrami potersi considerare come un tessuto accidentale nel senso attribuito da Laennec a questa espressione, e che nel polmone specialmente altro non è, a mio avviso, che il parenchima polmonare indurito, e tinto in nero. Vedi il mio *Prècis d'Anatomie pathologique*.

sto punto di vista, lo stesso avviene dell' espettorazione come del pus formato da antiche ulceri, delle quali riesce soventi pericoloso il sopprimerne lo scolo.

LII. In questo caso abbiamo ritrovata la membrana mucosa meno rossa, e meno infiammata che non nell' osservazione XIV. In ambedue questi ammalati però quasi uguale era la quantità della materia espettorata, e presentava i medesimi caratteri. La seguente osservazione ci offre un esempio d'un flusso bronchiale copiosissimo, senza che vi esistesse traccia alcuna d'infiammazione della membrana mucosa bronchiale.

XVI. OSSERVAZIONE.

Sintomi di bronchitide cronica. Espettorazione sierosa abbondantissima. Bianchezza della membrana mucosa.

Un uomo di quarantacinque anni aveva sempre goduto ottima salute sino all' età di quarantatrè anni all' incirca, alla qual epoca andò soggetto ad una costipazione, che durò per sei mesi, e lo molestò assai. Alcuni mesi dopo si rinnovò la tosse, la quale però in questa occasione non sembrava che secondaria, e prodotta da una sensazione di pienezza che il malato accusava di sentirsi nell' interno del petto. Questa sensazione ricorreva più volte nella giornata, ed era accompagnata da dispnea, da mal essere generale, e talvolta da forti angosce. Sotto il più leggere sforzo di tosse l'infermo espettorava una gran quantità di liquido spumeggiante, e simile nel colore e nella consistenza all' acqua gommosa, e al dire dell' ammalato emetteva nel corso di ventiquattro ore una pinta e mezza di questo liquido. Visse per sei mesi in questo stato, senza che sembrasse esserne sensibilmente sconcertata la sua salute. Ma da quell'epoca in poi il malato comiuciò

a dimagrare, diminuì l' appetenza dei cibi, e le forze andarono languendo. Nel mese di luglio 1821 venne ricoverato nello spedale della Carità essendo già in uno stato di estrema consunzione. La faccia aveva pallida e tumida; i contorni dei malleoli erano affetti da lieve edema, sotto frequenti sforzi di tosse espettorava una gran quantità di liquido, simile all' acqua gommosa, frammisto ad alcuni fiocchi mucosi. Trattato questo liquido coll' acido solforico, e sottoposto all' azione del calore, si coagulava a guisa dell' albumina, ed i fiocchi opachi, che dapprima stavano sospesi, allora precipitavano sotto forma di grumi. Mediante l' ascoltazione nulla si rilevò fuorchè il rantolo mucoso in varii punti del torace; il cuore ci parve in condizione fisiologica; il polso era piccolo, alquanto frequente, ma non vi si associava aumento di calore alla pelle. L'infermo aveva una gran ripugnanza per ogni sorta di alimenti, orinava pochissimo, e soffriva abitualmente stitichezza di corpo. Fummo sorpresi dell' estremo dimagramento di questo individuo, nel quale sembrava che niun organo importante alla vita fosse gravemente leso; dal suo colorito livido, dalla tumidezza della faccia, e dal suo aspetto veramente anemico sarebbesi giudicato aver esso sofferto profuse emorragie (*Decotto di poligala con aggiunta del chermes*, *pillole balsamiche di Morton; frizioni stimolanti agli arti*, *vescicanti applicati successivamente al petto*, *ed alle estremità inferiori*). Nei due successivi mesi le forze dell' infermo andarono progressivamente scemando; continuò l'espettorazione, e verso gli ultimi otto o dieci giorni di sua vita insorse un dolore all'epigastrio, la lingua si fe' rossa, la pelle calda, e morì sotto gli sforzi del vomito.

Sezione del cadavere.

Polmoni crepitanti e sani; alcune aderenze cellulari tra le due pleure; notabile palidezza della membrana mucosa della trachea bronchiale in tutta la sua estensione; niuna alterazione nel cuore, nel pericardio e nei vasi maggiori. Rossore intenso della membrana mucosa dello stomaco verso il fondo, bianchezza del residuo canale digerente; gli altri visceri addominali in condizione di perfetta salute. Lieve infiltramento sieroso nel tessuto cellulare sotto-aracnoideo della convessità degli emisferi cerebrali.

Questa osservazione ci sembra del massimo interesse sotto il triplice rapporto dello stato dei bronchi, della natura del liquido espettorato, e dei sintomi sì locali, che generali. Se ammettere si può l' esistenza di un flusso senza che vi abbia preceduto un processo infiammatorio questo ne è sicuramente un esempio. Sembra d'altronde naturale doversi attribuire all'abbondante evacuazione, che avveniva dai bronchi, il progressivo decadimento dell' infermo. Abbiamo fatto riflettere, nel corso dell' osservazione, che eravi una grande analogia tra l' aspetto di questo individuo, e quello di ammalati, che soggiaquero a grandi perdite di sangue. Tutte le altre secrezioni di traspirazione erano nulle, o assai scarse. La fame che, secondo i principii della teoria, avrebbe dovuto aumentare era al contrario abolita, e sembrava che lo stomaco partecipasse dello stato di languore del resto dell' economia animale. Nondimeno questo viscere s' infiammò negli ultimi giorni di sua

vita, e l' infermo morì in conseguenza di una gastritide acuta (*).

LIII. Altri casi si osservano in pratica nei quali la causa della consunzione non consiste in una secrezione abbondante, e per lungo tempo continuata. Ma d'improvviso, sotto una forma veramente acuta, un' eccessiva quantità di liquido mucoso, sieroso o purulento viene separato dalla membrana mucosa dei bronchi, in modo da simulare talvolta un' effusione, che dalla pleura sia passata rapidamente nei bronchi. In simili circostanze gli ammalati possono in breve soccombere per asfissia sopraggiunta in conseguenza dell' essersi accumulata in poco tempo tanta copia di liquido nelle vie aeree.

XVII. OSSERVAZIONE.

Flusso bronchiale acuto, che cagionò la morte per asfissia in un individuo affetto da peripneumonia, e da bronchitide cronica.

Un uomo di quarantacinque anni soffrì nell' anno precedente una pleuro-peripneumonia, e nel mese d'agosto 1820 venne ricoverato nello spedale della Carità. Dopo la sofferta malattia continuò sempre la tosse, e si lagnava di abituale affanno di respiro. Tutto il lato destro del petto sotto la percussione, mandava un suono molto ineguale. L'ammalato si coricava costan-

(*) In questo caso servendoci dei soli lumi somministrati dall' anatomia patologica, non sarebbesi acquistata veruna nozione intorno la causa, la sede, e la natura della malattia, perchè non si vorrà certamente dedurne una plausibile spiegazione dallo stato in cui fu ritrovato lo stomaco. Ecco pertanto un altro caso, in cui avvi sconcerto di funzioni senza notabile lesione dell' organizzazione.

temente sul fianco destro; breve era la respirazione, la tosse frequente con espettorazione di gran copia di muco opaco, dell' apparenza degli sputi che osservansi nella bronchitide cronica; i polsi duri, ma non frequenti. Dimagramento, esaurimento di forze, niuna alterazione nelle funzioni digerenti. Visse per quindici giorni quasi nel medesimo stato, quando improvvisamente nella notte del 15 al 17 settembre, l' infermo si risvegliò in uno stato di imminente soffocazione, ed in pochissimo tempo espettorò un' enorme quantità di sputi mucosi, sembrando che realmente vomitasse; si riunivano questi in una massa omogenea di un colore giallo verdastro, che colava dal vaso quando lo si inclinava. Nondimeno raccogliendosi incessantemente questo liquido nella trachea e nella laringe, riempiva queste cavità più prontamente che non poteva essere espettorato, di modo che in breve l' infermo morì per soffocazione.

Sezione del cadavere.

Epatizzazione bigia e secca estesa almeno ai due terzi inferiori del polmone destro. Verso la sommità di questo polmone esistevano due piccoli tubercoli, che cominciavano ad ammollirsi. Incidendo il polmone ne colò da una quantità di piccoli punti un liquido analogo a quello dell'espettorazione. Erano essi gli orificii di molti esili ramoscelli bronchiali; di modo che questo liquido occupava ed otturava tutte le divisioni dei vasi aerei (*). I bronchi principali, la trachea e la la-

(*) Abbiamo riscontrata una perfetta somiglianza tra questa descrizione, e quella lasciataci da Wan-Swieten intorno al polmone di un individuo, che morì per asfissia dopo aver espettorato una gran quantità di pus. *Mirabitur utique pus exire*,

ringe ne erano parimentí riempiti. Il polmone sinistro era sano; le più grosse diramazioni bronchiali di questo lato contenevano pure gran copia del medesimo liquido, che senza dubbio era rigurgitato dai bronchi del polmone destro; ed infatti non ne esisteva nelle diramazioni minori. Alla superficie interna dello stomaco, alla distanza di due dita trasverse dal piloro a sinistra, eravi una vegetazione cancerosa della forma di un fongo. Tutti gli altri visceri, e specialmente il cervello erano in condizione fisiologica.

Nell' infermo di cui ora abbiamo riferita la storia, una bronchitide cronica precedette la secrezione, che improvvisamente si stabilì alla superficie interna dei canali aerei; e fu soltanto in conseguenza dell'istantaneo aumento della consueta espettorazione avvenuto senza causa conosciuta, e senza notabile esacerbazione della flogosi, che dovette soccombere in istato di asfissia, nella stessa guisa che succede nel caso di un tumore purulento o sanguigno, che si apra nei bronchi.

Un fatto analogo di un flusso mucoso acuto dei bronchi venne pubblicato da Roberto Bree; quivi la soffocazione era imminente come nel nostro infermo, ma per buona ventura non ne venne la morte. Eccone in compendio la storia.

Una donna venne presa da grande ansietà di respiro affatto simile ad un parosismo d' asma spasmodico, in grado però più violento che non lo è d' ordinario un primo accesso di questa malattia. I sintomi cessarono mediante l' evacuazione di una gran quantità di siero

dum cultello secaretur pulmonis substantia: non autem exhibet pus magna copia simul, sed gutta una vel altera tantum, ex dissectis nempe asperae arteriae propaginibus. (Comment. in Boer. Aphor., tom. 4, pag. 60).

spumeggiante, espulso dai bronchi sotto leggeri sforzi di tosse quasi continua. Ricomparve la stessa affezione in capo a sei mesi con maggior forza di prima. Dopo un sonno tranquillo, verso le cinque ore del mattino, l'ammalata al primo svegliarsi era travagliata da grave difficoltà di respiro accompagnata da tosse convulsiva, e che in breve giunse a tanto da minacciare la soffocazione. Perduto già aveva l'uso dei sensi, la faccia era livida, le estremità fredde, e non più si sentivano le pulsazioni dell'arteria radiale. Rimase l'inferma in questo stato per lo spazio di due ore, emettendo dalla bocca e dalle narici in questo intervallo di tempo quatro pinte all'incirca di siero spumeggiante leggermente tinto di sangue.

L'autore di questa osservazione la riferisce come un esempio singolare della prodigiosa quantità di muco, che in sì breve spazio di tempo venne espettorato, e che, per essersi improvvisamente accumulato nei bronchi, fu la cagione dell'insorto accesso asmatico.

XVIII. OSSERVAZIONE.

Flusso sieroso dei bronchi improvvisamente comparso.
Assorbimento di un idrotorace.

Un tornitore, di trentasei anni venne ricoverato nello spedale della Carità nell'inverno dell'anno 1820, essendo affetto d'aneurisma del cuore. Aveva esso gli arti edematosi, e percuotendo il petto udivasi un suono ineguale nel lato destro (a quell'epoca non ci era ancor famigliare il metodo dell'ascoltazione). Non eravi alcun indizio di peripneumonia, e si credette essere questo individuo affetto da idrotorace sintomatico. Per molti giorni non si osservò alcuna variazione nei

sintomi; di tratto in tratto tossiva a guisa della maggior parte degli aneurismatici, ed espettorava alcuni sputi mucosi. Quando improvvisamente venne assalito da un' estrema ansietà; per qualche istante somma fu la difficoltà del respiro, e rigettò un' enorme quantità di sputi sierosi, limpidi, simili all' albume d' uovo. Il malato emetteva sì gran copia di questi sputi, che sembrava vomitasse. Questo straordinario flusso durò per alcune ore. All' indimani mattina facile era la respirazione, e l' infermo si felicitava del suo stato, dicendo d' essere liberato da un peso enorme, che aggravava il suo petto. Ma qual fu la nostra sorpresa quando percuotendo il torace più non sentimmo l' ineguaglianza del suono al lato destro?

In questo subitaneo flusso di liquido dalla superficie dei bronchi, non appare sicuramente il decorso ordinario di un' infiammazione. Tale abbondante secrezione non durò che poche ore, e cessò coll' uguale prontezza con cui erasi manifestata. È pur forza qui riconoscere un' altra specie di lavoro della natura simile per esempio a quello che determina il sudore. È questo un movimento flussionario, di cui non ne conosciamo il meccanismo, nè la causa prossima, ma che fa d'uopo ammettere come un fatto da non confondersi specialmente coll' infiammazione.

In questa osservazione un' altra circostanza vi ha meritevole di tutta la considerazione, ed è che mentre una gran quantità di liquido colava dalla superficie dei bronchi, veniva assorbita la sierosità effusa in una delle pleure. Non è poi questo il solo esempio, che si conosca, di raccolte sierose subitaneamente dissipate in conseguenza di un' abbondante esalazione sierosa stabilitasi in un' altra superficie. Eccone un altro caso simile al

precedente per la natura dell' affezione, non già per le località le quali non sono le medesime.

Un giovine, che già da alcuni mesi soffriva la tosse, venne assalito da un vivo dolore all'addomine, che durò per tre o quattro giorni, dopo i quali il ventre si gonfiò rapidamente. Il malato fu ricoverato nello spedale della Carità nel mese di settembre 1822. A quell'epoca manifesta era la fluttuazione dell' addome, che potevasi comprimere senza suscitarne dolore alcuno. La membrana mucosa gastro-enterica sembrava sana. Si considerò questa ascite qual conseguenza di una peritonitide (*Nel primo giorno*, *mignatte all' ano*, *nei giorni successivi*, *vescicanti alle estremità inferiori*, *frizioni aromatiche all' addome*, *tisane diuretiche*). Questi rimedi furono inefficaci, l'idrope non diminuì; quindi si credette conveniente di esperimentare i purganti. Fu prescritta una pozione composta di due once d'olio di ricino ed una mezz' oncia di siroppo del *rhamnus catharticus*. Questo purgante produsse abbondantissime evacuazioni, composte le prime di materie fecali gialle e liquide, e le successive di una sierosità limpida leggermente tinta in giallo; e nello spazio di cinquant' ore vennero espulse dall' ano molte libbre di siero, sì che svanì ogni tumidezza dell' addome, nè più sentivasi la fluttuazione; cominciò allora a diminuire il flusso di ventre, ed in capo a pochi giorni cessò spontaneamente. Successivamente questo infermo morì in conseguenza di una tisi polmonare. Alla sezione del cadavere si rinvennero molte circonvoluzioni dell' intestino tenue unite tra di loro per mezzo di briglie cellulari simili a quelle che trovansi sì frequentemente nelle pleure.

Sembrami questo il caso in cui potrebbesi applicare il precetto d' Ippocrate: *Quo natura vergit, eo ducen-*

dum. Il purgante amministrato, dopo che inutilmente furono esperimentati rimedi d'altra natura, non determina d'ordinario che modiche evacuazioni. Nel nostro infermo invece determinò un flusso di ventre eccessivo. Pareva che la natura non aspettasse che un legger stimolo artificiale per produrre alla superficie dell'intestino un' abbondante esalazione di liquido, da cui doveva in pari tempo risultare l' assorbimento della sierosità peritoneale.

Gli antichi non avrebbero punto esitato ad ammettere, nei due casi precedenti, il trasporto della sierosità alla superficie dei bronchi in un caso, alla superficie dell' intestino nell' altro. Noi non ci accingeremo a trattare la questione se realmente avvenga una simile metastasi; ma ciò sembra possibilisimo. Non ripugna sicuramente alle leggi di una rigorosa fisiologia, il supporre che un liquido assorbito in una parte qualunque del corpo, e portato nel torrente della circolazione, possa venir separato in natura da un' altra superficie per una specie di processo eliminatorio. Quindi la bile, ritenuta ne' suoi canali escretorj, rientra nel sangue, e va a tingere tutti i liquidi delle altre secrezioni. Così pure si ritrovò il prussiato di potassa liquido, che era stato introdotto nel tessuto cellulare, nel sangue, nella linfa del condotto toracico, nell' orina e nel muco intestinale. Questo sale adunque in natura penetrò nel sangue, e ne uscì non decomposto. Tante volte i fisiologi scoprirono nel sudore, nell' orina e nei liquidi sierosi e mucosi, le diverse sostanze, che avevano iniettato nelle vene; e l'acqua introdotta per queste vie in breve esala alla superficie delle membrane sierose ec. Non deve quindi far meraviglia, che un liquido assor-

bito nel peritoneo, esca dall' economia animale unitamente all' orina, o al muco intestinale o bronchiale.

LIV. Fin qui abbiamo veduto l' intensità della dispnea, nelle bronchitidi senza complicazione, dipendere da certe alterazioni organiche dei bronchi, o dalla raccolta di eccessiva copia di liquido in questi condotti. Si danno altri casi di bronchitide acuta o cronica, in cui non esistendo queste cause, nè potendosene scoprire verun' altra, la respirazione si fa talmente affannosa, che gli ammalati soccombono rapidamente in uno stato d' asfissia. Eccone due esempi di simil natura.

XIX. OSSERVAZIONE.

Bronchitide acuta. Morbillo.
Immatura scomparsa dell' eruzione; dispnea mortale.

Un fornaio, dell' età di venti anni, di robusta costituzione, già da cinque a sei settimane affetto da lieve diarrea, presenta, il 10 aprile, tutti i sintomi precursori del morbillo: rossore agli occhi, lagrimazione, corizza, raucedine, tosse. Avvenne niuna variazione nei sintomi durante i tre giorni successivi. Addì 14 si manifesta l' eruzione, ed il malato è obbligato a letto. Nel 15, l' esantema si estende a tutto il corpo, e verso sera venne ricoverato nello spedale della Carità: l' eruzione era allora confluente e ben caratterizzata, il polso duro e frequente; la lingua e le labbra rosse; la tosse forte; del resto non appariva verun sintomo allarmante. Verso mezza notte il malato improvvisamente è preso da grave oppressione di respiro, che aumenta con tanta rapidità, che nella mattina del giorno successivo, 16 aprile, era in uno stato di semi-asfissia; gli occhi aveva sporgenti all' infuori, la faccia di color

violaceo; la respirazione breve e frequentissima; una tosse quasi continua con sputi mucosi e scarsi. Sotto la percussione il petto risonava benissimo in ogni sua parte, e mediante l' ascoltazione udivasi un rantolo mucoso in diversi punti. L'eruzione cutanea era quasi scomparsa, non essendovi rimaste che poche macchie pallide appena visibili. Il polso era tuttora frequente e duro, e la lingua rossa. Sembrava a primo aspetto che questo apparecchio di sintomi indicasse l' esistenza di una peripneumonia; nondimeno mancavano completamente i segni patognomonici di questa affezione. Ma una semplice bronchitide poteva forse cagionare, attesa la sua intensità e subitanea esacerbazione, una sì grave dispnea, e questa infiammazione, associata a quella delle vie gastriche, poteva dar ragione dell' estremo malessere da cui fu l'infermo in sì breve tempo assalito? Comunque fosse la cosa, non erano dubbie le indicazioni a cui soddisfare dovevasi; era d'uopo cercare di diminuire l' infiammazione interna, e richiamare la flogosi cutanea. A questo fine si applicarono venti mignatte a ciascun lato del petto, ed altre dieci alla regione epigastrica. Cessato lo scolo del sangue vennero posti due vescicanti alle gambe, e si fecero delle frizioni alla cute con un linimento ammoniacale (13) (*Tisana di borraggine, e di viole*).

Da questi presidii terapeutici se ne ottenne un sensibile miglioramento: sulla sera la respirazione era assai meno affannosa, la tosse non tanto frequente, nè la lingua sì intensamente rossa; l' eruzione però non era ricomparsa.

17. — Non si osservavano che i sintomi di una bronchitide intensa accompagnata da febbre: la respirazione era leggermente accelerata.

18. — Cessata era quasi la febbre, l'opacità degli sputi indicava vicino il termine della bronchitide. Quando, alla sera, d'improvviso si rinnovò la dispnea al massimo grado, per cui gli si fece un salasso di dodici once.

All'indomani mattina grave ancora appariva la dispnea, e più frequenti erano le pulsazioni delle arterie (*Due vescicanti alle cosce*). Nel corso della giornata andò sempre più aumentando la minaccia di soffocazione, e nel 20, livida era la faccia, le labbra violacee; la respirazione ortopnoica. Sarebbesi creduto che il malato soccombeva per un aneurisma del cuore. Morì poco dopo la visita.

Sezione del cadavere.

La membrana mucosa della laringe, della trachea, e dei bronchi fino alle più piccole loro divisioni è intensamente rossa. In alcuni punti delle prime divisioni dei bronchi esiste un piccol numero di concrezioni bianche, membraniformi simili alla falsa membrana del *croup*. Il parenchima polmonare è sano e crepitante in tutta la sua estensione, ma ingorgato di sangue nelle parti posteriori; cuore sano; nelle cavità destre del cuore trovansi alcuni coaguli di sangue nerastro. Bianco è lo stomaco, e del medesimo colore è pure l'intestino tenue, il quale contiene un gran numero di ascaridi lombricordi nel suo quarto inferiore. Nell'intestino ceco trovansi pochi vermi tricocefali; la sua membrana mucosa presenta in vicinanza della valvola una macchia rossa, da cui hanno origine tre o quattro piccole vegetazioni coniche, lunghe di due o tre linee. Il rimanente dell'intestino crasso è bianco, e pieno di materie fe-

cali liquide; il fegato è ingorgato di sangue, la milza voluminosa e consistente. Molta copia di sierosità trovasi nel tessuto cellulare sotto-aracnoideo; la sostanza cerebrale non è morbosamente iniettata di sangue; i ventricoli laterali e specialmente il destro sono distesi da molto siero limpido.

Questo caso sarebbe stato un tempo considerato come un esempio di retropulsione di morbillo. Secondo le teorie mediche attuali, l' intensità dell'infiammazione bronchiale renderebbe ragione dell' estremo affanno di respiro, della violenza della febbre, e finalmente della morte per asfissia, e da questa medesima cagione dipende pure la scomparsa prematura dell' eruzione cutanea. Per la prima volta la flogosi bronchiale diminuì in conseguenza delle sottrazioni sanguigne, e dei rivellenti applicati alla cute; ma due giorni dopo ricomparve la dispnea, che non cedette a un nuovo salasso, ma, aumentando invece continuamente, cagionò la morte dell' infermo. Ben di rado avviene di osservare un simile apparecchio di fenomeni senza lesione del parenchima polmonare, e delle pleure, del cuore, o dei grossi vasi. Nondimeno sembrami facile a concepirsi, come un' infiammazione, che d' improvviso e con estrema violenza sviluppasi in una superficie tanto estesa quanto lo è la membrana mucosa bronchiale, possa nell'economia animale cagionare uno sconcerto almeno così grande quanto è quello che produce la flogosi di una porzione circoscritta della mucosa gastro-enterica. Conosciamo noi forse abbastanza la natura del cangiamento che l'aria induce nel sangue dei polmoni, per sapere sino a qual punto un' infiammazione intensa dei piccoli bronchi non possa opporsi a questo cangiamento necessario.

Da ciò forse deriva la causa principale della dispnea, dell' asfissia, ecc. Finalmente quelli che ammettono l' esistenza delle dispnee nervose, degli asmi essenziali, potrebbero ugualmente citare l'osservazione precedente in appoggio della loro opinione; direbbero essi che soventi hanno veduta la membrana mucosa presa da grave infiammazione, senza che ne sia insorta una considerevole difficoltà di respiro; e ne conchiuderebbero, che la dispnea osservata nel caso attuale era una malattia essenziale, indipendente dall' infiammazione dei bronchi. Fuvvi parimenti un'epoca, in cui non si avrebbe esitato a considerare i vermi trovati nelle intestina qual causa principale di tutti gli accidenti; tanto sono varii i punti di vista sotto i quali si può considerare un medesimo fatto, tanto sono diverse le conseguenze che ognuno ne può dedurre secondo la diversa teoria, che gli serve di guida.

Fummo senza dubbio sorpresi della gran quantità di siero, che riempiva le cavità cerebrali; nondimeno le facoltà intellettuali si conservarono allo stato normale sino alla morte. Se il malato avesse presentato delirio, convulsioni o sopore, si sarebbero attribuiti tutti i sintomi a questa effusione, che sarebbesi denominata un idrocefalo acuto.

L' infiammazione, per così dire esantematica dell' intestino ceco rende sufficientemente ragione della diarrea, di cui l'infermo era affetto già da sei settimane. Questo fatto è forse di qualche importanza, poichè di rado si ebbe occasione di osservare lo stato delle intestina nei casi di leggeri diarree, che da molto tempo esistono senza cagionare nè febbre, nè verun notabile disordine nell' economia animale.

XX. OSSERVAZIONE.

Lieve bronchitide cronica. Soppressione dello scolo di un' antica ulcera. Accesso d' asma mortale.

Un uomo, di quarant' anni, già da lungo tempo aveva un' ulcera molto estesa alla gamba sinistra. La parte della gamba posta al di sotto di quest' ulcera, e tutto il piede, erano estremamente gonfii, e di una durezza quasi lapidea; il colorito della pelle erasi cangiato in bigio sporco, e tutto il membro era talmente alterato che presentava un gran numero dei caratteri dell'elefantiasi. Molta marcia colava abitualmente dalla superficie dell'ulcera; era inoltre quest' uomo già da cinque a sei mesi circa travagliato da tosse leggera ed umida, a cui però non si associava nè dispnea, nè verun dolore al torace. Collocato per inavvertenza questo infermo in una sala medica, dove dimorò per più giorni, stava per essere trasportato nelle sale di chirurgia, quando improvvisamente venne assalito da un' estrema difficoltà di respiro; ed in pari tempo ci siamo accorti, che dalla superficie dell'ulcera secernevasi una quantità assai minore di pus. Il malato assiso sul proprio letto soffriva un' ansietà inesprimibile, ci scongiurava con voce anelante di liberarlo dal peso enorme, che aggravava il suo petto, e lo soffocava; le inspirazioni erano brevi, frequentissime e ad intervalli convulsive. Il polso, mediocremente celere, sfuggiva sotto la pressione delle dita. Invano ricercammo tanto nel cuore come nei polmoni la causa di sì formidabili accidenti; ma non ne scoprimmo alcuna. In ogni sua parte il petto era sonoro come all' ordinario, eccetto però a sinistra posteriormente, nell' estensione di alcuni pollici soltanto, ove il suono era meno chiaro; fuori di

questo punto ove la respirazione era debole ed associata al rantolo, ovunque udivasi l' aria penetrare liberamente nelle vescichette polmonari. Il cuore e le sue dipendenze ci sembrarono in condizione perfettamente fisiologica. Siamo adunque rimasti in una perfetta ignoranza intorno la causa di questa dispnea che ad ogni momento, per così dire, aumentava di grado. Le sottrazioni di sangue, i vescicanti, ecc., non addussero alcun miglioramento. Nella mattina del giorno successivo, l' affanno di respiro era a tal punto, che il malato veniva minacciato di morire per asfissia. Si pensò se mai la causa della dispnea risiedesse nella laringe, si credette di riscontrarvi qualche analogia tra questa malattia e l' edema della glottide; fu quindi proposta la tracheotomia, come sola áncora di salvezza in questo caso quasi conclamato. Il professore Roux l'eseguì; non fa d'uopo di dire che furono prese tutte le precauzioni onde l' aria entrasse ed uscisse liberamente a traverso l' apertura della trachea. Ciò nondimeno, dopo l' operazione non avvenne miglioramento di sorta, e nella stessa sera l' infermo cessò di vivere.

Il parenchima polmonare era sano e crepitante, fuorchè posteriormente a sinistra in uno spazio equivalente alla decima parte del lobo inferiore, ove il tessuto del polmone era epatizzato. La membrana mucosa presentava varie piccole macchie rosse. Il cuore ed i vasi maggiori erano sani. Niuna alterazione si rinvenne negli organi del cranio e dell' addomine. Sezionata la gamba sinistra, si ritrovò un indurimento lardaceo del tessuto cellulare sotto-cutaneo, con necrosi della tibia.

In questo caso non possiamo, come nel soggetto dell' osservazione XIX, riferire l'asma all'estensione, o al-

l' intensità dell' infiammazione bronchiale; poichè questa flogosi era di un grado assai mite, e non occupava che una piccola parte della membrana mucosa. Riguardo all' epatizzazione parziale del lobo inferiore del polmone sinistro, è verisimile che fosse un' affezione cronica, e costituisse la causa principale della tosse, che già da sei mesi tormentava l' infermo. Se poi si volesse anche considerare questa alterazione di origine recente, non basterebbe ugualmente a render ragione dell'insorta difficoltà di respiro. Certamente che se avvi un caso, in cui debba ammettersi l' esistenza di una dispnea nervosa, cioè non sostenuta da veruna lesione organica, questo ammalato ce ne offrirebbe un esempio. L'affanno di respiro cominciò a manifestarsi contemporaneamente al prosciugamento della secrezione purulenta dell' ulcera. Facciamo riflettere questa combinazione di fenomeni, ma non ci accingiamo all' impresa di stabilirne le loro relazioni causali.

LV. La rarità stessa dei casi nei quali non riscontrasi alcuna rilevante lesione, cui attribuir si possa la cagione dell'asma, deve persuaderci a ben analizzare il piccolo numero dei casi di questo genere finora registrati negli annali della scienza. Ma per mala sorte d'ordinario si segue un cammino opposto, e perchè un fatto trovasi in contraddizione colle idee generalmente adottate non se ne fa nessun calcolo, lo si dimentica, e fa d' uopo, che fatti analoghi si moltiplichino onde prestarvi una tardiva credenza, e per apprezzarne l' importanza è necessario che uno spirito superiore renda fecondi i risultamenti.

Il dottor Bouillaud, dotato di acuto ingegno osservatore, ci comunicò d' aver osservato allo spedale *Cochin* un caso, che per molti rapporti s' avvicina a

questo or ora riferito. Un nano era da lungo tempo affetto da un' erpete, che diminuì e scomparve senza una causa conosciuta. Contemporáneamente questo individuo venne preso da difficoltà di respiro, che in breve giunse all' estremo grado. Era la prima volta che andava soggetto a questo accidente. Malgrado il più attento esame non si scoprì in verun organo la causa materiale di questa dispnea. Furono applicate varie mignatte al petto, e si pose un vescicante sul luogo ove esisteva l' erpete; il pronostico era infausto. All' indimani cessata era ogni difficoltà di respiro.

Quantunque siasi molto esagerato il pericolo della rapida soppressione degli esantemi e delle evacuazioni morbose da lungo tempo esistenti, non è però meno vero che questa soppressione non va talvolta esente da ogni inconveniente. L' esperienza adunque aveva insegnato ai medici a rispettare molti di questi esantemi e di queste evacuazioni, ed a sostituirne altre quando le sopprimevano, o per mezzo di un rivellente cutaneo, o con un purgante. Ma si dirà che questa pratica era fondata su idee puramente teoriche, e ciò che importa, se s' accorda coll' osservazione dei fatti? In questo caso, come avvenne di molti altri, i fatti furono forse i primi ad essere osservati e raccolti, e solo posteriormente si immaginarono le teorie all' oggetto di darne una spiegazione. Non è questa la prima volta, che un fatto mal interpretato fu successivamente considerato come un fatto inesatto; e per citarne un esempio celebre, dalla tessitura fibrosa del cervello se ne dedusse un grande argomento in favore dell' ipotesi degli spiriti animali. Quando questa ipotesi non fu più in credito, si perdette di vista il fatto anatomico verissimo, che le serviva d' appoggio, e non fu che dopo

due secoli di dimenticanza, che questo fatto sì importante venne ancora in qualche maniera ritrovato. Ma ritorniamo al nostro argomento.

Guersent riferisce due esempi di dispnea, che in brevissimo tempo cagionò la morte senza che alla sezione del cadavere siasi rinvenuta traccia alcuna di lesione materiale. « Ho veduto, dice quest' ottimo osser-
» vatore (*), due fanciulli morire in conseguenza di una
» dispnea remittente acuta, accompagnata da estrema
» frequenza di polso, da ansietà precordiale, e da tosse
» secca. Dopo aver esaminato colla massima cura lo
» stato dei diversi organi, non vi ho potuto ricono-
» scere alcuna lesione organica, a cui attribuire si po-
» tesse l' insorta difficoltà di respiro ».

LVI. Analoga ai casi precedenti, ma in grado infinitamente minore, è quella specie di dispnea continua, o intermittente, che frequentemente osservasi negli individui di età giovanile e pletorici, non che in quelli dotati di temperamento eminentemente nervoso. Comune è specialmente quest' affezione nei giovanetti dell' uno e dell' altro sesso, e nelle donne mal mestruate. A.... dottore in medicina, al presente dell' età di ventisette anni, andò soggetto a simili accessi di dispnea dopo i quindici anni sino ai venti all' incirca, e questi si manifestavano frequentemente dopo essersi per lungo tempo occupato nello studio; durante l' inverno di rado ne veniva molestato, ma facevansi più frequenti ad ogni primavera, e nel fervore dell' estate aumentavano al massimo; in questa stagione il sig. A. . . . non poteva rimanere lungamente rinchiuso in un luogo caldo e popolato, senza soffrirne una penosissima difficoltà di

(*) Dizionario di medicina in 18.°, tom. III, pag. 126.

respiro. Ma, cosa ammirabile, se il suo spirito era intensamente occupato, scompariva l'affanno di respiro; e prontamente e con violenza ritornava tosto che a questo suo male rivolgeva il pensiero. Del resto, godeva abitualmente ottima salute, nè presentava verun sintomo, che temer facesse dell'esistenza di un'affezione organica del cuore o dei polmoni. Dai venti, ai ventidue anni, per gradi diminuì la frequenza dei suddetti accessi di dispnea, ed al presente non vi è più sottoposto.

Si osservò talvolta sopraggiungere una forte dispnea, un vero accesso d'asma, in conseguenza di una viva commozione morale, in persone che avevano sempre avuto una respirazione perfettamente libera. Il dottore Ferrus (articolo *asma* del dizion. di Medic.) ne riferì un caso di questa natura di cui eccone un breve estratto.

Un giovane officiale, in ottimo stato di salute, giunse a Parigi nel 1814. La vista dei soldati stranieri alla porta di questa capitale gli fece una sì molesta impressione, che ne provò all'istante un grave mal essere generale ed una somma difficoltà di respiro; in seguito peggiorò, e nel corso della notte ebbe un violentissimo accesso d'asma, e per quindici giorni durò la dispnea. A quell'epoca venne chiamato Corvisart a consulto, e non vi riconobbe alcun indizio di lesione organica. I più savii consiglii, e le cure le più affettuose cangiarono ben poco lo stato dell'infermo; andò a passare l'inverno nel mezzo giorno della Francia ove si ristabilì intieramente. Nell'anno 1815, in conseguenza di nuovi dispiaceri, si rinnovarono gli accessi d'asma, ma ad intervalli più lontani, durante i quali godeva bonissima salute.

LVII. Fra questi diversi casi di dispnea senza lesione organica, pare che alcuni traggano origine da un'istanta-

nea congestione sanguigna, che succedendo nel polmone deve necessariamente produrre una difficoltà più o meno grande di respiro, nella stessa guisa che effettuandosi nel cervello cagiona lo stordimento, la perdita dei sensi, ec. Altri casi invece dipendono da una speciale modificazione del sistema nervoso polmonare. In qual maniera si possono diversamente spiegare queste dispnee sopraggiunte improvvisamente per l'influenza di un vivo patema d'animo, o anche soltanto perchè gli ammalati rivolgono l'attenzione allo stato della loro respirazione, di modo che il miglior rimedio per essi soventi consiste in una forte distrazione? Si dimandi a questi infermi qual sensazione provano in tali circostanze, ed essi risponderanno, che nello stesso istante in cui, cessando di essere distratti, ritornano a pensare alla dispnea antecedentemente sofferta, provano nell'interno del petto una sensazione di stringimento tutto particolare, da cui risulta un ostacolo invincibile al libero ingresso dell'aria nel polmone, qualunque sia lo sforzo, che essi facciano per dilatare le pareti toraciche.

Noi però non pretendiamo di dare a queste nostre considerazioni maggior valore ed estensione, che ad esse non convenga. Se pertanto l'esistenza di una congestione sanguigna o di una nevrosi può dar origine a disordini nella respirazione, si dimanda, se queste medesime cause sono sufficienti per rendere ragione dell'esito mortale di molte dispnee? Se, malgrado tante osservazioni e tanti sforzi d'ingegno, non arrivammo ancora a scoprire il meccanismo delle funzioni del polmone, quanto dobbiamo essere circospetti, quando tentar vogliamo di penetrare il mistero dei disordini di un simile apparecchio organico! Faciamo però riflettere,

che a misura che le indagini d'anatomia patologica vengono con maggior diligenza istituite, il numero delle dispnee, indipendenti da ogni lesione organica, va sempre più diminuendo. In appoggio di questa asserzione riferiremo il fatto seguente.

XXI. OSSERVAZIONE.

Antica dispnea con idropisia. Mancanza d' ogni lesione tanto nel cuore, come nei polmoni, che ne potesse rendere ragione. Alterazione dei nervi diaframmatici, e pneumo-gastrici.

Un giovine, di ventiquattro anni, essendo già da molti anni affetto da un ingorgo indolente dei ganglii linfatici di ambedue i lati del collo, venne ricoverato nello spedale della Carità ai primi di marzo 1826, e a quest' epoca presentava tutti i segni razionali di un' affezione organica del cuore. Faccia tumida, livida; colorito violaceo delle labbra, e delle pinne del naso; edema delle palpebre, ascite accompagnata da leggiere infiltramento degli arti inferiori. La respirazione era breve, frequente, ed eseguivasi quasi soltanto coi movimenti delle coste; impossibile era il decubito orizzontale, venendo in questa posizione minacciato di soffocazione; per cui passava le notti ed i giorni assiso sul proprio letto, appoggiando la testa e il tronco a varii guanciali, che lo tenevano alzato. L' affanno di respiro erasi aumentato per gradi insensibili, e da un anno soltanto la dispnea riesciva penosa all' ammalato, e specialmente nei tempi umidi e piovosi. Percosso il petto in ogni sua parte mandava un suono ovunque uniforme e normale; nè mediante l' ascoltazione riconoscevasi veruna abnormità alla regione del cuore nè in altri punti, da cui dubitar si potesse dell' esistenza di una malattia di quest' organo, o dei vasi

maggiori. In diversi punti del torace sentivasi un rantolo mucoso; in altri luoghi un rantolo secco, con sibilo; altrove il mormorio respiratorio era chiaro, ma forte. Già da molti mesi il malato soffriva di raffreddore; non aveva giammai avuto emoftisi, e quando venne da noi esaminato aveva un'espettorazione piuttosto scarsa, e semplicemente mucosa. Conservava ancora buon appetito, e andava abitualmente soggetto ad una leggiere diarrea non però associata a dolori addominali. Il polso non era frequente, nè presentava alcun che di insolito nel rapporto del grado di forza, e del ritmo.

Non eravi alcun dato certo che comprovasse essere questo individuo affetto da una lesione organica del cuore, sebbene molti sintomi, non però patognomonici, ne potessero far sospettare l' esistenza, quali sono l' aspetto della fisonomia, l' idrope, l' ortopnea. Quest' idropisia però presentava una circostanza diversa da quanto più comunemente osservasi nei casi di malattie del cuore. L' edema degli arti inferiori erasi sviluppato soltanto consecutivamente all'ascite, ed era eziandio di poco momento; mentre ognuno sa, che quando l' idropisia dipende da una malattia del cuore, nel maggior numero dei casi in origine si manifesta coll' edema ai contorni dei malleoli.

Col mezzo dell'ascoltazione non giungevasi a rilevare nè nel cuore, nè nei polmoni, la causa della dispnea.

Si fece uso successivamente dei seguenti presidii terrapeutici: salassi locali, e generali; applicazione di vescicanti al petto ed agli arti inferiori, tisana diuretica; frizioni con tintura di digitale, e vino scillitico.

Nel corso di sei settimane niun cangiamento avvenne nella condizione dell' infermo; l' ortopnea fu costante; la respirazione facevasi anelante da che il malato si

sforzava di alzarsi dal letto. Niun nuovo indizio si ebbe dall' ascoltazione frequentemente istituita; nè aumentò, nè diminuì la tosse, che però era di poco momento; nè giammai vi riscontrammo la febbre propriamente detta. Non eravi alcun segno per cui dubitar si potesse essere prossima la fine di questo individuo, quando, senza che fosse insorto alcun rilevante cangiamento nel suo stato, improvvisamente, il primo di maggio, fu preso da estrema difficoltà di respiro; in breve gli sopraggiunse il rantolo tracheale, respirava a modo degli apopletici, ed in capo ad alcune ore l' infermo dovette soccombere.

Sezione del cadavere.

Niuna alterazione nella massa encefalica, nè nel midollo spinale.

Nel torace, si rinvenne il cuore in condizione fisiologica, e nel medesimo stato trovavasi pure il pericardio, il quale conteneva una piccola quantità di sangue nero per metà coagulato. I vasi che mettono foce nel cuore, o che ne escono erano perfettamente sani. Nel parenchima polmonare si trovarono sparsi qua e là pochi tubercoli miliari; del resto il suo tessuto, sebbene ingorgato di sangue, era sano, ed in ogni sua parte pieno d' aria.

Le pleure costale, e polmonare di ambedue i lati restavano tra loro unite per mezzo di antiche aderenze cellulari.

Nel mediastino anteriore esisteva una massa voluminosa di ganglii linfatici tubercolari. Nel centro di questa massa vi passavano i due nervi diaframmatici; era impossibile di seguirli a traverso i numerosi ganglii, che

li circondavano e comprimevano da tutte le parti. Questi nervi ricomparivano non lungi dal diaframma, e da questo punto sino al luogo ove distribuivansi in tale sipario muscolare, erano di un color bigio simile a quello che presenta il nervo ottico che si distribuisce ad un occhio già da lungo tempo affetto d' atrofia.

Si passò all' esame della cavità addominale: lo stomaco era sano; un numero considerevole di tubercoli esisteva sotto la membrana mucosa delle intestina tenui; eranvi alcune esulcerazioni, piccole e superficiali, nell'estensione di pochi pollici al di sopra della valvola ileo-cecale; nella sostanza corticale di uno dei reni si ritrovò un tubercolo del volume di un' avellana; varie aderenze cellulari univano tra di loro il diaframma ed il fegato, il di cui tessuto era però sano; la milza invece era voluminosissima e molle; nel cavo del peritoneo si rinvenne una considerevole raccolta di sierosità, e finalmente in corrispondenza della parte anteriore della colonna vertebrale esisteva un' enorme massa di ganglii linfatici degenerati in tubercoli, i quali da una parte comprimevano fortemente la vena cava, e dall' altra la vena porta, di cui circondavano il tronco non solo, ma eziandio le principali diramazioni addominali.

A ciascun lato del collo, dal margine della mascella sino alle clavicole, trovavasi una voluminosa corona di ganglii linfatici tubercolari a guisa di quelli del torace e dell' addome. Molti di essi stavano frapposti tra i vasi ed i nervi del collo; e l' arteria carotide, e la vena iugulare erano separate tra di loro per mezzo di questi ganglii. Il nervo pneumo-gastrico poi, pochi pollici al di sotto del punto d' origine del nervo laringeo superiore, perdevasi nella massa dei ganglii, fra i quali

era impossibile di rintracciarlo. Ricompariva al di sopra del livello della clavicola, ed in due lati presentava una figura appianata, e somministrava, come è di solito, i due nervi ricorrenti. Niuna alterazione presentava nel resto di sua estensione, e specialmente in quelli fra i suoi rami, che costituiscono una gran parte del plesso polmonare.

Il cordone cervicale del gran simpatico era nella sua naturale posizione, e conservava la sua normale struttura.

Il cavo di ciascuna ascella era occupato da un tumore del volume di un grosso arancio, formatosi dalla riunione di ganglii linfaticii tubercolari.

Il condotto toracico, permeabile come lo è ordinariamente, conteneva una piccola quantità di siero rossiccio.

Questa osservazione è del massimo interesse, perchè non solo fa conoscere che la causa dell' idropisia consisteva nella compressione dei grossi tronchi venosi, ma eziandio svela le alterazioni, cui andarono soggetti molti fra i nervi che presiedono alla funzione del respiro, quali sono i nervi diaframmatici da una parte, ed i due rami dell' ottavo paio dall' altra. Berard seniore aveva già riferito il caso di un individuo nel quale non si rinvenne altra lesione onde spiegare la dispnea, cui soggiacque durante la vita, fuorchè un tumore sviluppatosi nello spessore stesso di uno dei nervi diaframmatici (*Tesi di Descot intorno le morbose affezioni dei nervi*). Nel nostro individuo non solo esisteva una notabile alterazione dei due nervi diaframmatici, come manifestamente appariva dal loro color bigio, e dalla vera atrofia delle loro estremità inferiori, ma eziandio

i due nervi pneumo-gastrici erano affetti da lesione organica sufficientemente caratterizzata dalla loro figura appianata, che presentavano uscendo dal tumore linfatico, fra cui era impossibile il seguirli. Se adunque consta dalle esperienze dei fisiologi, che tagliando l' ottavo paio cessa di effettuarsi l' ematosi nel modo conveniente, si ingorgano i polmoni, ed in capo a pochi giorni ne viene la morte, sembrami che l' osservazione ora riferita presenti molta analogia con questo ordine di fatti.

E per verità nel nostro ammalato diminuì per gradi, e finalmente cessò ogni influenza dell' ottavo paio sulla trasformazione del sangue venoso in sangue arterioso; dal che ne derivò la dispnea, che continuamente andava aumentando, ecc. Se poi non vogliasi ammettere questa causa della dispnea, bisognerebbe convenire che il grave affanno di respiro cui andò soggetto l' infermo di cui trattiamo, non fosse prodotto da veruna lesione organica; poichè io sono d' avviso, che i tubercoli piccolissimi ed in iscarso numero ritrovati nei polmoni non bastino a rendere ragione di questa dispnea, paragonabile, relativamente al grado di sua intensità, a quella che insorge nel corso delle più gravi affezioni organiche del cuore.

SEZIONE SECONDA

OSSERVAZIONI INTORNO LA PLEURO-PNEUMONITIDE.

LVIII. L' infiammazione del parenchima polmonare è ai nostri giorni una tra le malattie più conosciute. Nel maggior numero de' casi la diagnosi è semplice, ed il metodo curativo poco complicato. Nondimeno la storia della pneumonitide presenta ancora varie lacune da riempire, o almeno alcuni punti, che abbisognano ancora di maggiore illustrazione.

Non di rado esiste la pneumonitide senza essere accompagnata da tutti i sintomi, che d' ordinario la caratterizzano, e soventi pure niuno de' suoi sintomi ne palesa la sua esistenza; in simili casi la diagnosi riesce sommamente difficile. Questa forma latente dell' infiammazione polmonare fu già descritta da Stoll e da' suoi successori: ma crediamo, che dopo la scoperta del metodo dell'ascoltazione ne sia venuta la necessità di istituire nuove osservazioni intorno a questo argomento.

In certi casi, al contrario, osservansi molti sintomi della peripneumonia, senza che realmente vi esista l' infiammazione del parenchima polmonare. Importa assaissimo di studiare colla massima attenzione tali specie di pseudo-peripneumonie sotto il triplice rapporto della diagnosi, della prognosi, e del metodo curativo. La pneumonitide può associarsi ad altre malattie, ed allora assume, per così dire, una fisonomia particolare, e fa d' uopo abituarsi a riconoscerla per distinguere gli accidenti che da essa dipendono da quelli che non le sono proprii. Forse non venne ancora osservata con sufficiente attenzione la flogosi dei lobi polmonari su-

periori, relativamente a quanto concerne la diagnosi ed il pronostico; nè parimenti si studiarono abbastanza tanto le peripneumonie doppie, che assalgono contemporaneamente ambedue i polmoni, come quelle circoscritte, che interessano soltanto alcuni lobi isolati. Dopo avere nei secoli precedenti troppo moltiplicato le specie delle peripneumonie, non è forse vero che ai nostri giorni si cadde in un eccesso opposto? Devonsi forse, per esempio, cancellare intieramente dalle classificazioni nosologiche le peripneumonie biliose, o adinamiche? Così pure dovrassi forse negare in tutti i casi l'esistenza di uno stato infiammatorio generale che precede la peripneumonia, nella stessa guisa che nelle affezioni reumatiche questo medesimo stato generale precede non di rado l'infiammazione articolare (14)?

La peripneumonia è una fra quelle malattie, il cui esito felice sembra più manifestamente combinarsi coll' apparire di quei movimenti perturbatori della natura conosciuti sotto la denominazione di crisi; sembrami, che i moderni osservatori abbiano alquanto trascurato questo punto importante della storia delle flemmassie polmonari. Non abbastanza ancora si conosce l' esito della peripneumonia in gangrena, nè quando formasi l' ascesso; la loro stessa esistenza è tuttora per alcune persone un problema; la scienza riclama ancora su questo punto nuove osservazioni ed imparziali discussioni. Finalmente il metodo di cura della peripneumonia tanto semplice e chiaro in moltissimi casi, è in molti altri oscuro ed incerto. Sarebbe della massima importanza il poter precisare con esempi clinici sino a qual punto si può con vantaggio far uso delle emissioni sanguigne, ed in qual epoca, o per meglio dire in quali condizioni, fa d' uopo astenersene e sostituirvi i rivel-

lenti; ed in quali circostanze è lecito pure ricorrere ad un metodo di cura più o meno tonico.

Nelle osservazioni che stiamo per riferire insisteremo particolarmente su questi diversi punti.

CAPITOLO PRIMO

PLEURO-PNEUMONITIDI MANIFESTATESI PER IL COMPLESSO DEI LORO SINTOMI CARATTERISTICI.

ARTICOLO PRIMO

PLEURO-PNEUMONITIDI AL PRIMO GRADO.

I. OSSERVAZIONE.

Un agente di campagna, dell'età di trentatrè anni, nella sera del 1 febbraio 1822, è preso da un dolore al di sotto della mammella sinistra. Nel corso della notte va soggetto ad alternative sensazioni di freddo e di caldo in tutta la persona, e gli si sviluppò una gran tosse.

Nella mattina del 3 febbraio è nel seguente stato: rantolo crepitante a sinistra posteriormente, che si estende dall'angolo inferiore dell'omoplata sino alla base del torace. Mormorio respiratorio forte e chiaro in ogni altra parte del petto; suono normale delle pareti toraciche sotto la percussione; sputi rossicci, trasparenti, vischiosi, che si distaccano dal vaso quando lo si inclini; tosse poco frequente, dolore al di sotto della mammella sinistra, che aumenta mediante la percussione, la tosse, e sotto i movimenti respiratorii: respirazione alta, accelerata, diaframmatica; polso fre-

quente e pieno, pelle calda e secca; funzioni digerenti intatte. Eccone la diagnosi istituita: *infiammazione al primo grado del lobo inferiore del polmone sinistro.* Si prescrisse all' istante un salasso di sedici once; alla sera se ne ordinò un secondo di dodici once, si applicarono ventiquattro mignatte sul lato sinistro, ed internamente si somministrarono bevande ammollienti.

All' indimani, terzo giorno della malattia, eravi un manifesto miglioramento; più libera appariva la funzione del respiro, e ben poco sensibile era il dolore laterale; a sinistra posteriormente non udivasi più che un leggier rantolo crepitante unitamente a quel mormorio respiratorio, che indica il libero ingresso dell' aria nelle vescichette polmonari; gli sputi non erano più vischiosi nè rossicci. Il sangue dei due salassi presentò un aspetto ben diverso: in quello estratto nel mattino eravi un coagulo nuotante fra molta copia di siero, e coperto di una cotenna densa, dura, coi margini ripiegati; il sangue del secondo salasso era in forma di un largo coagulo senza cotenna, e privo di sierosità. Eppure ambedue i salassi erano stati fatti nella medesima maniera; ma quando venne istituito il primo esisteva una forte infiammazione, la quale era già considerevolmente diminuita quando venne fatta la seconda emissione di sangue. Non devesi forse credere dipendente dalla diversità dello stato del polmone l'aspetto differente del sangue dei due salassi? Comunque la cosa sia era evidente, che sotto l' influenza di un attivo trattamento antiflogistico l' infiammazione polmonare era già diminuita di intensità; non era questo più il caso di far uso di un metodo di cura attivo, e dovevasi sperare, che continuando nella dieta e negli ammollienti, la peripneumonia non tarderebbe a risolversi compiutamente;

ma verso sera i sintomi si esacerbarono, e nella mattina del quarto giorno ritrovammo una gran frequenza nella respirazione, gli sputi di nuovo rossicci, ed il mormorio respiratorio intieramente mascherato a sinistra posteriormente da un rantolo crepitante fortissimo; il polso era frequentissimo e duro; si fece all' istante un salasso di sedici once. Il sangue, a guisa di quello del primo salasso, si coprì di una densa cotenna.

Nel quinto giorno non si osservò miglioramento alcuno nella condizione dell' infermo, nel sesto era in uno stato di semi-ortopnea, poteva appena pronunciare alcuni vocaboli con voce anelante, espettorava con grande difficoltà pochi sputi rossicci ed assai vischiosi: persisteva tuttora il medesimo rantolo posteriormente; sotto la percussione le pareti toraciche mandavano ancora un suono normale (*Si applicarono ventiquattro mignatte al petto, e due vescicanti alle gambe*). — Nel corso della giornata l' infermo era in uno stato di estrema ansietà, lagnavasi di un molestissimo senso di soffocazione, ed invocava la morte; verso sera, principio del settimo giorno, la pelle, sino allora sempre secca, cominciò a farsi umida, e nella notte, e nel giorno successivo sudò moltissimo. Il malato presentava un sorprendente miglioramento; lievissimo era l' affanno di respiro; l' espettorazione semplicemente catarrale; il polso quasi apiretico; udivasi ancora un ben distinto rantolo crepitante.

Nell'ottavo giorno non si sentiva più il rantolo fuorchè in pochi punti isolati, essendovisi in parte sostituito il mormorio naturale della respirazione. Il malato diceva di trovarsi in buon essere; ma sebbene non accusasse più veruna difficoltà di respiro, pure osservavasi ancora una leggere frequenza nei movimenti respiratorii, il che

era in relazione coi segni somministrati dall' ascoltazione. Il polso conservava ancora qualche frequenza, senza che però maggiore del normale fosse il calore alla pelle. I sudori erano cessati già da varie ore.

Nel decorso del nono e del decimo giorno la respirazione ritornò perfettamente alla sua normale condizione, il polso riprese il proprio ritmo fisiologico; e dopo pochi giorni di convalescenza il malato abbandonò lo spedale.

Sembra che in questo caso l'infiammazione del parenchima polmonare non abbia oltrepassato il primo grado, ossia quello in cui non avvi che un ingorgo infiammatorio senza epatizzazione. Che cosa abbiamo noi in fatti osservato? Il rantolo crepitante, senza che le pareti toraciche abbiano cessato di essere sonore. Se vi fosse stata un' epatizzazione, sarebbesi udito un suono ineguale. Ecco uno dei casi, in cui non potrebbesi negare la grande utilità del metodo dell'ascoltazione; senza di questo la diagnosi sarebbe stata molto meno precisa, ed il pronostico più incerto. Col mezzo dell'ascoltazione abbiamo potuto seguire i diversi periodi di incremento e di diminuzione dell' ingorgo infiammatorio; fummo avvertiti che questo era minimo, a misura che al rantolo crepitante si sostituiva il mormorio naturale dell' inspirazione.

Gli altri sintomi poi confermavano i segni somministrati dall' ascoltazione; vi fu remissione dei medesimi ogni volta che il rantolo diminuì, e si esacerbarono quando, aumentando il rantolo, veniva alterato il mormorio respiratorio.

Nel terzo giorno si osservò un sensibile miglioramento in conseguenza delle abbondanti emissioni di sangue,

ma come se, malgrado l'influenza dei nostri presidii terapeutici, le malattie fossero soggette nel loro decorso a certe leggi di duràta, che non sta in nostro potere di cangiare, la natura riprese in certa maniera i suoi diritti, e fino al settimo giorno non cessò di manifestarsi la peripneumonia con sintomi sempre più gravi. Si istituirono nuove sottrazioni di sangue senza alcun favorevole risultato. Nel sesto giorno, specialmente, il pronostico sembrava essere dei più funesti; l'estrema difficoltà di respiro, l'ansietà e l'avvilimento dell'infermo erano del più sinistro augurio. Nel settimo giorno tutto cangia d'aspetto: si stabilisce un profuso sudore, scompaiono i sintomi gravi, e la peripneumonia s'incammina rapidamente verso la risoluzione. E perchè non si potrà annoverare fra i fenomeni critici questo movimento flussionario che avvenne alla cute?

Questa osservazione tende a confermare due punti dell'antica dottrina delle crisi: 1.° l'esacerbazione dei sintomi avanti l'apparizione della crisi; 2.° l'epoca della malattia in cui comparve questa crisi, cioè al settimo giorno. Emerge pure dalla medesima osservazione, che non sempre un metodo di cura attivo impedisce lo sviluppo delle crisi (15).

II. OSSERVAZIONE.

Un orefice, dell'età di ventinove anni, entrò nello spedale della Carità, essendo già da tre giorni affetto da una pleuro-pneumonitide, che aveva incominciato con violenti brividi di freddo, con un dolore puntorio al lato destro del petto, con tosse, e con difficoltà di respiro. Nel secondo giorno ai brividi si sostitui un calore intenso, che continuava tuttora; persisteva il do-

lore laterale, ed aumentata era la dispnea. Quando questo individuo venne da noi esaminato, non era ancora stato assoggettato a verun metodo di cura attivo; soltanto dal giorno antecedente, aveva un' espettorazione di sputi rossicci, trasparenti e vischiosi. Nella parte laterale destra del torace, quasi in tutta l' estensione del lobo inferiore del polmone del medesimo lato udivasi un rantolo crepitante, che non era però bastantemente forte per mascherare completamente il mormorio respiratorio. Percuotendo il petto in questa medesima parte, risuonava alquanto meno che non a sinistra; eravi una febbre intensa, la lingua leggermente rossa, il ventre molle ed indolente; le scariche alvine avvenivano come all' ordinario nello stato di salute (*Applicazione di venti mignatte al luogo dolente. Salasso di sedici once. Bevande ammollienti*).

All' indimani, quarto giorno di malattia, il dolore laterale era cessato; il malato assicurava di averlo sentito diminuire gradatamente di mano in mano, che il sangue colava dalle ferite delle mignatte. Insistevano però tuttora gli altri sintomi; il sangue estratto nel giorno anteriore presentava un' alta e densa cotenna. (*Salasso di dodici once*). Aspetto del sangue simile a quello del primo salasso.

Quinto giorno, insistenza della dispnea, della tosse e degli sputi rossicci; decumbeva costantemente sul dorso. L' ascoltazione e la percussione somministravano ancora i medesimi indizj. Polso frequentissimo e poco resistente; cute urente e secca; lingua bianca, leggermente rossa ai margini; sete ardente, costipazione d' alvo (*Quindici mignatte all' ano*).

Sesto giorno, nella mattina osservavasi un lieve turbamento delle facoltà intellettuali, la faccia era rubicon-

da, gli occhi brillanti; insistevano gli altri sintomi. Nel corso della giornata soffrì una grande agitazione, ed aumentò considerevolmente la difficoltà di respiro. Verso sera si stabilì una diarrea spontanea, e durante la notte ebbe dieci a dodici scariche alvine, composte le prime di materie dure e fetenti, e successivamente di una gran quantità di liquido sieroso leggermente tinto in giallo.

Nella mattina del settimo giorno l'infermo, invece di essere esaurito di forze per questo abbondante flusso di ventre, trovavasi in uno stato di gran lunga migliore che non nel dì antecedente. La respirazione sembrava libera; il rantolo crepitante era quasi del tutto cessato, ed udivasi chiaramente il mormorio respiratorio; percuotendo in ogni punto il petto risonava uniformemente, ed in modo normale; gli sputi non erano più tinti di sangue; appena osservavasi un leggere movimento febbrile. Nei giorni successivi era in convalescenza, e si ristabilì prontamente in salute. La diarrea continuò ancora nelle ventiquattro ore successive.

Avvi una grande analogia tra questa osservazione e la precedente, considerate sotto il rapporto dell'esito della malattia. Non vi fu altra differenza, che nella sede della crisi; ma nell'una e nell'altra vediamo avvenire un miglioramento improvviso, e non sperato dietro la comparsa del sudore nel primo ammalato, e della diarrea nel secondo. In ambedue si stabilirono queste evacuazioni quasi alla medesima epoca, e furono precedute da un' esacerbazione generale dei sintomi. Di rado però ci venne fatto di osservare nella peripneumonia una diarrea veramente critica; ma frequentemente accade, che un moderato flusso di ventre verso il fine d'un' infiammazione polmonare determini

una lenta e salutare rivulsione, che favorisce la risoluzione della flogosi; ed in questo caso è una specie di *lisi*, come diceva Galeno, piuttosto che una vera *crisi*. Altre diarree finalmente vi sono, le quali essendo sintomatiche di una forte infiammazione intestinale, non fanno che aumentare il pericolo della peripneumonia. Nel corso di quest' opera avremo ancora occasione di ritornare su questo argomento.

Il dolore pleuritico si dissipò prontamente dietro le sottrazioni sanguigne. In quanto poi all' infiammazione del parenchima polmonare, i salassi certamente la moderarono, e contribuirono efficacemente alla sua risoluzione, ma non bastarono a toglierla intieramente; la quale circostanza ci somministra un nuovo punto di paragone tra questa osservazione e la precedente.

Non v'ha dubbio, che soventi le infiammazioni delle membrane sierose e mucose vengono improvvisamente troncate colle emissioni di sangue; ma io sono d'avviso che il salasso non possa così rapidamente far cessare le infiammazioni parenchimatose, e specialmente quelle del polmone (16).

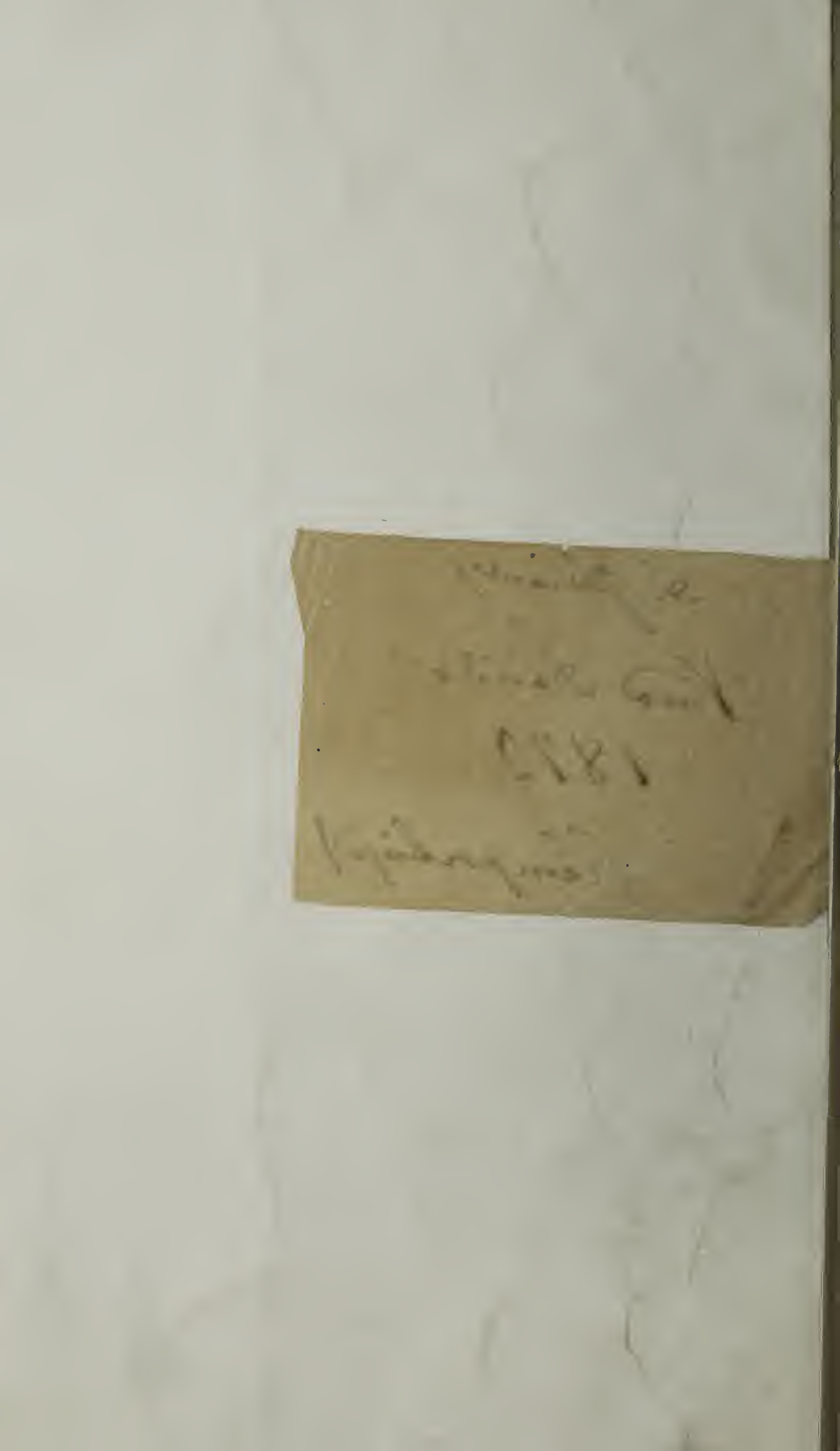
In questo ammalato, lo stadio dell' invasione della malattia fu contrassegnato da brividi di freddo, e dalla comparsa del dolore laterale; e questo è il caso il più comune. Gli sputi caratteristici si mostrarono nel secondo giorno. L' essersi costantemente sentito il rantolo crepitante, conservandosi tuttora qualche mormorio inspiratorio, era un indizio che la peripneumonia non aveva ancora oltrepassato il primo grado; la lieve diminuzione del suono al lato sinistro mostrava, che quivi l' ingorgo infiammatorio era più intenso, e più vicino all'epatizzazione che nel soggetto della prima osservazione. In questo caso però assai più rapidamente

l' organo affetto ritornò al suo primiero stato di sana organizzazione, e parve che nello spazio di ventiquattro ore la risoluzione fosse completa.

III. OSSERVAZIONE.

Un giornaliero, dell' età di trentacinque anni, entrò nello spedale della Carità affetto da un lieve reuma articolare, e da una bronchitide acuta con pochissima febbre. Dopo due salassi istituiti nell' intervallo di quarant'otto ore cessarono appieno i dolori articolari; ma l' infiammazione dei bronchi insisteva tuttora. Nei successivi tre o quattro giorni, altro non gli si prescrisse che bevande ammollienti. Poco dopo l' ammalato si espose all' aria aperta, essendo coperto da abiti leggerissimi. Nella stessa sera ricomparve la febbre accompagnata da difficoltà di respiro e da tosse più frequente. All'indimani mattina, 9 aprile, insistevano ancora i medesimi sintomi, che si considerarono come il prodotto di una esacerbazione della bronchitide: si applicarono quindici mignatte in corrispondenza della parte inferiore dello sterno. Nel giorno 10 l'affanno di respiro era ancor più aumentato, e gli sputi erano vischiosi e rossicci. Manifesta era allora la vera natura della malattia; l'infiammazione dei bronchi erasi propagata al parenchima polmonare. Mediante l'ascoltazione infatti abbiamo riconosciuto il rantolo crepitante in diversi punti del torace tanto a destra, che a sinistra. Questo rantolo poi non esisteva che in spazii isolati di piccola estensione, e fra i loro intervalli udivasi chiaramente il mormorio che produce l' ingresso dell' aria nelle vescichette polmonari. Le pareti toraciche erano ovunque sonore come allo stato normale. Si fece un salasso di sedici once.

(D. Gherardi)
Vino Davide
1879
(Campochiesa)



Addì 11, e 12 aprile (terzo, e quarto giorno dalla presunta invasione della peripneumonia), il rantolo udivasi in un maggior numero di punti, ma il suono ottenuto per mezzo della percussione del petto non era più oscuro dei giorni antecedenti. Maggiormente vischiosi e rossi apparivano gli sputi; intensa era la febbre, mediocre la difficoltà di respiro. Nei giorni 11 e 12 si istituirono due salassi di otto once di sangue per ciascuno, e si applicò un vescicante alla parte anteriore del petto. Il sangue estratto presentava una densa cotenna.

Addì 13 aprile, quinto giorno, la cute, arida sino allora, cominciò a coprirsi di un moderato sudore. Nel resto l'ammalato trovavasi nel medesimo stato (*Bevande ammollienti*).

Sesto e settimo giorno, sudori continui; stato stazionario dei sintomi della peripneumonia.

Ottavo giorno, insistenza del sudore; diminuzione della viscosità, e della tinta rossiccia degli sputi; respirazione meno affannosa; tosse più rara; rantolo crepitante meno esteso; polso pieno, ondulante, poco frequente.

Nono giorno, soppressione del sudore; sputi semplicemente catarrali. Il malato assicura di non più provare verun affanno di respiro, sebbene lo si osservi ancora alquanto accelerato. Non sentesi più che un rantolo crepitante debolissimo in pochi punti.

Decimo, ed undecimo giorno, questo rantolo persiste accompagnato da legger frequenza di polso. Del resto l'ammalato altri sintomi non presenta fuorchè quelli di una semplice bronchitide. Oltre le bevande ammollienti si prescrisse un looch con kermes, ed una pinta di decotto di radice di poligala.

Duodecimo giorno, il rantolo crepitante cessò intieramente. Nei sette ed otto giorni successivi diminuì per gradi la tosse, e l' ammalato abbandonò lo spedale in uno stato di perfetta salute.

In questo infermo, l' invasione della peripneumonia è ben diversa da quella dei due precedenti casi. Non si manifestò per verun dolore pleuritico, nè per brividi di freddo, per cui in sulle prime potevasi credere che, per l' influenza del freddo a cui erasi esposto l' ammalato, la bronchitide si fosse semplicemente esacerbata, e che da ciò derivasse la serie dei fenomeni osservati nei giorni otto e nove aprile. Ma in breve la qualità degli sputi rendette palese l' esistenza di un'infiammazione del parenchima polmonare. Questa stessa infiammazione ci presenta pure un'altra particolarità, essa non occupava già (come ordinariamente avviene) una porzione determinata dei polmoni; ma era in certa maniera diffusa a molti punti isolati, fra mezzo ai quali il parenchima polmonare erasi conservato sano, come chiaramente si rilevava dall'ascoltazione. Sembrava che l'infiammazione, propagandosi dalla membrana mucosa dei bronchi al tessuto polmonare, non avesse interessato che le parti di questo tessuto che circondavano le diramazioni bronchiali più infiammate. In questo caso eravi realmente una quantità di peripneumonie parziali.

Qui pure verso il quinto giorno osservasi un sudore abbondante stabilirsi contemporaneamente ad un miglioramento dei sintomi; ma invece di essere di una durata di poche ore, come nel soggetto della prima osservazione, e di sollevare prontamente dalla malattia, questo sudore persiste per quattro giorni all' incirca, e durante questo intervallo di tempo il miglioramento non avvic-

ne che in un modo lento e progressivo. Dopo essere scomparsi tutti i sintomi razionali della peripneumonia, rimane ancora un legger rantolo, indizio sicuro che la risoluzione dell'infiammazione polmonare non è ancora compiuta. Questo residuo di rantolo scompare finalmente nel dodicesimo giorno. Osservati gli sputi in questi diversi periodi, essi somministrano, intorno allo stato dei polmoni, indizii non meno positivi di quelli dell'ascoltazione. Paragoniamo ora questa osservazione e le due precedenti sotto il rapporto dell'invasione della malattia, del suo decorso e dell'esito, e vi ritroveremo grandissime differenze; e sono appunto queste differenze che il pratico deve studiare e conoscere; da ciò unicamente dipende la certezza della diagnosi.

La peripneumonia fu combattuta con salassi, e rimedii rivellenti applicati alla cute fino al momento della comparsa del sudore. A quell'epoca, sembrando che la malattia tendesse alla risoluzione, si lasciò operare la natura. Finalmente quando cessò ogni sorta di reazione febbrile, e che sembrava altro non esistere che un legger ingorgo del tessuto polmonare, indicato da quel residuo di rantolo crepitante, si prescrissero alcuni rimedi stimolanti, cioè la radice di poligala, ed il kermes, dai quali se ne ritrasse del vantaggio.

IV. OSSERVAZIONE.

Una donna di trentatrè anni camminò lungamente per la città di Parigi sotto i cocenti raggi del sole nel mese di giugno 1822. Avendo il corpo quasi sempre inondato di sudore, essa beveva una gran quantità di acqua fredda; ed in conseguenza di ciò ben presto le si alterò la salute; incominciò a risentirne un mal es-

sere generale accompagnato da cefalea, e da tutti i sintomi di una bronchitide; in seguito perdette l'appetito, e le sopraggiunse una copiosa diarrea, che durò per otto o dieci giorni, nel qual tempo l'ammalata non uscì dalla sua stanza, e fece uso soltanto di bevande refrigeranti; dopo di che cessò il flusso del ventre, e vi si sostitui un forte catarro polmonare. L'inferma, in uno stato di profondo abbattimento, venne a quell'epoca ricoverata nello spedale della Carità.

Quando la vedemmo per la prima volta, essa era tormentata da una tosse frequente con espettorazione di sputi schiumosi, trasparenti, scolorati, ed assai vischiosi. Le inspirazioni erano brevi e frequenti; il petto sotto la percussione mandava un suono perfettamente normale; e mediante l'ascoltazione udivasi la respirazione forte, ma chiara. Il polso era frequente e piccolo; la cute arida ed ardente; la lingua coperta da una patina giallastra densa; l'inferma andava soggetta a frequenti nausee, e soffriva una sete ardente; il ventre era dolente sotto la pressione; alla diarrea subentrò un'ostinata costipazione d'alvo (*Bevande, e cristeri ammollienti*).

All'indimani, 15 giugno, maggiore era la difficoltà di respiro; gli sputi presentavano una legger tinta rossiccia; il suono del petto sotto la percussione era in condizione fisiologica, ma esisteva un rantolo crepitante a destra posteriormente e lateralmente quasi in tutta l'estensione del lobo inferiore; negli altri punti del petto l'ingresso dell'aria nelle vescichette polmonari eseguivasi con forza e chiarezza. La faccia era raggrinzata, insisteva il dolore addominale; il polso presentava maggior pienezza. L'infiammazione pertanto, che nei giorni anteriori sembrava limitarsi ai soli bronchi, erasi pro-

pagata al parenchima polmonare, e la coesistente irritazione delle vie digerenti non erasi emendata (*Salasso di dodici once*). Il sangue presentò un coagulo largo, molle, coperto di una cotenna verdastra sottile.

Poco tempo dopo il salasso, la cute, secca sino allora, divenne umida, diminuì l' oppressione di petto, e più molle sentimmo il polso.

Nel giorno 16 eravi un sensibilissimo miglioramento; meno forte era il rantolo crepitante, e più chiaramente udivasi il mormorio naturale della respirazione. Gli sputi, ancor vischiosi, avevano perduta la loro tinta rossiccia; sembrava, che la peripneumonia s'incamminasse verso la risoluzione. Scomparsa era la patina della lingua, nè soffriva più dolore alcuno all' addome; ebbe un' evacuazione alvina di buona qualità. Ciò nondimeno insisteva tuttora la febbre. (*Bevande ammollienti. Due brodi*).

Nella mattina del giorno 17 era nel medesimo stato. Alla sera si esacerbarono i sintomi della peripneumonia: aveva gran tosse, difficoltà di respiro, sputi nuovamente rossicci, e delirio nel corso della notte.

Alla visita mattutina del giorno 18 ritrovammo che aumentata era l' oppressione del respiro. Applicando l' orecchio al lato destro del petto, udivasi nuovamente un rantolo crepitante ben distinto. Arida era ancora la pelle, ed assai calda.

Dal 19 al 22 lo stato della peripneumonia rimase stazionario. Eravi stupidità ed assopimento delle facoltà intellettuali. Aveva la lingua secca, ed il ventre teso e dolente.

Dal 22 al 23 comparve un abbondante sudore. Nella giornata del 23 presentò un manifesto miglioramento in tutti i sintomi: gli sputi non erano più rossicci nè

vischiosi; minore era la dispnea; diminuì il rantolo; il polso era meno frequente, ricuperò l'uso delle facoltà intellettuali; umida era la lingua.

Da questo momento lo stato dell' ammalata andò sempre migliorando di giorno in giorno; al rantolo si sostituì a poco a poco il mormorio naturale della respirazione. Non ebbe più sudori. Nel giorno 29 l'inferma era in piena convalescenza; ma la lingua era ancor sporca, la bocca amara, non ricuperava l'appetito, e soffriva frequenti borborigmi di ventre. Si prescrisse un purgante, che determinò abbondanti evacuazioni alvine. I sintomi gastrici scomparvero, e l'ammalata uscì dallo spedale in buon essere verso il 10 di luglio.

Questa osservazione ci mostra una nuova gradazione della peripneumonia al primo grado. La donna, che ne forma il soggetto, dopo essersi abbandonata ad un violento esercizio di corpo sotto l'influenza di un'elevata temperatura dell'atmosfera, presentò dapprima i sintomi di una semplice bronchitide.

Tutta l'economia animale sembrava allora malaffetta; ma, a nostro avviso, sarebbe stato oltrepassare i limiti dei fatti, l'asserire che questo stato di generale mal essere fosse un segnale di patimento di un organo speciale, per esempio, di un primo grado di gastro-enteritide. In breve però la malattia si fissò ad una vera località: l'abbondante diarrea che sopraggiunse indicò essere le intestina affette di un'irritazione. Poco tempo dopo ne fu interessato un altro organo, ma mentre che si manifestarono i sintomi dell'infiammazione dei bronchi, diminuirono e scomparvero quelli dell'irritazione intestinale; finalmente si rendettero palesi i segni di

una peripneumonia. Sarebbe difficile a determinare il momento preciso dell' invasione di questa peripneumonia, poichè niun brivido di freddo ne annunciò l' invasione, non vi si associò verun dolore pleuritico, ed insensibilmente succedette ad un semplice catarro polmonare. Tali circostanze avvicinano la presente osservazione alla terza; in questa, il rantolo crepitante precedette la comparsa degli sputi pneumonici; mentre nell' altra, al contrario, gli sputi erano già grandemente vischiosi prima che nulla si scoprisse coll' ascoltazione; ma questa grande vischiosità riscontrasi frequentemente nelle infiammazioni bronchiali molto intense, per cui non abbiamo potuto affermare che si trattava di una peripneumonia, se non quando la materia dell' espettorazione divenne rossiccia; ed allora soltanto si fece sentire il rantolo crepitante. Il petto rimase costantemente sonoro.

Dopo il salasso l' inferma si trovò in miglior essere; il dolce madore alla cute che seguì immediatamente dopo l'emissione di sangue era del più favorevole augurio. Ciò non pertanto la peripneumonia che era già in decremento si esacerbò di nuovo, e contemporaneamente si disordinarono le funzioni del cervello, la lingua divenne secca, ecc.; per cui i principali organi delle tre cavità, del cranio, del torace, e dell' addome, erano simultaneamente affetti da malattia. In queste circostanze non si fece uso di verun altro trattamento attivo fuorchè dei rivellenti applicati al torace ed alle estremità inferiori. La malattia restò per qualche tempo stazionaria, ed in seguito si manifestò per la seconda volta un abbondante sudore, dietro il quale avvenne un pronto e durevole miglioramento, e l' inferma risanò perfettamente.

Non dimentichiamo di riflettere all'aspetto diverso del sangue di questa donna, da quello degli individui, che formano il soggetto delle tre prime osservazioni. In quest'ultimo caso il sangue era più molle, e coperto di una cotenna assai più sottile.

Facciasi parimenti riflesso ai sintomi, che durante la convalescenza della peripneumonia si manifestarono nelle vie digerenti, ed ai presidii terapeutici adoperati contro i medesimi; essi scomparvero dietro l'amministrazione di un purgante.

V. OSSERVAZIONE.

Una donna, di diciotto anni, di temperamento linfatico, godeva ottima salute, quando, il 22 ottobre 1822, senza causa conosciuta, venne improvvisamente assalita da un vivo dolore al di sotto della mammella sinistra, ed in pari tempo da febbre, da tosse, e da oppressione di respiro. Entrata nello spedale della Carità, addì 27 ottobre, soffriva un'estrema dispnea; insisteva tuttora il dolore laterale. A sinistra del petto in vicinanza alla mammella udivasi un rantolo crepitante; nelle altre parti però la respirazione era forte e chiara, ed il torace in tutta la sua estensione era perfettamente sonoro. Gli sputi erano mediocremente vischiosi, trasparenti, leggermente tinti in rosso. Il polso era frequente, la cute secca e calda (*Quindici mignatte al lato sinistro del petto, salasso di dodici once, bevande ammollienti*). Il sangue presentò un coagulo piccolo, ma denso, coperto di dura cotenna, e nuotante in molta copia di sierosità.

Nel corso della giornata l'oppressione di respiro andò maggiormente aumentando; gli sputi divennero più vischiosi, e di un rosso più carico. Nella sera si applicarono due vescicanti alle gambe.

Addì 28, settimo giorno di malattia, l' affanno di respiro era tale, che l' ammalata non poteva parlare che con somma difficoltà; giaceva in posizione orizzontale; gli sputi erano vischiosissimi, e di un rosso vivo; più non sentiva il dolore puntorio. I medesimi indizii si ebbero dall' ascoltazione, e dalla percussione del petto. Il polso era frequentissimo e piccolo, la pelle calda e secca (*Largo senapismo alla parte anteriore del petto. Una pinta di decotto di radice di poligala. Quattro grani di kermes in quattro once di una pozione gommosa*).

Ottavo giorno, la dispnea è sensibilmente diminuita; al rantolo crepitante si sostituì in parte il mormorio naturale della respirazione; mediocre è la frequenza del polso, la pelle non tanto calda; avvi costipazione d'alvo (*Si continuò nelle medesime bevande, e di più si prescrissero otto grani di calomelano*). Nelle successive ventiquattro ore non ebbe che una sola scarica alvina.

Nono giorno, respirazione ancora alquanto accelerata; espettorazione catarrale; polso leggermente frequente; pelle coperta di un dolce madore, che continuò per quarantott' ore.

Nei giorni successivi andò sempre più migliorando; nondimeno persiste tuttora un legger rantolo a sinistra. Si applicò un vescicante a questo lato, e lo si mantenne in suppurazione per otto giorni (*Pozione con kermes; idromele composto*). — L' ammalata uscì dall' ospedale in buon essere al principio del mese di novembre.

All' epoca in cui questa giovine donna venne affidata alla nostra osservazione, l' estrema difficoltà di respiro che soffriva rendeva il pronostico assai infausto;

ma, d'altra parte, il criterio dell' ascoltazione ci additava che l' infiammazione del parenchima polmonare non era tanto estesa, nè tanto forte, di modo che la gravezza della dispnea non era in questo caso l' interprete fedele della gravezza della peripneumonia. Qui pure la percussione servì a nulla.

Niun fenomeno critico contrassegnò il termine della malattia; giacchè non crediamo doversi chiamare *crisi* quel madore sviluppatosi alla cute, quando eravi già un sensibile miglioramento, e che invece di esserne la causa fu piuttosto un effetto.

Il metodo di cura tenuto in questo ammalato merita tutta la nostra attenzione. Si istituì un solo salasso, il quale non fu susseguito da miglioramento di sorta; e quando l' infiammazione polmonare era giunta al suo apice, si fece uso di vescicanti, ed internamente di rimedii stimolanti (*Kermes e poligala*). Sotto l'influenza di questo metodo perturbatore i sintomi della peripneumonia si emendarono, ed in pochissimo tempo non si osservò altra traccia di questa grave malattia fuorchè un leggere ingorgo polmonare manifesto per un residuo di rantolo crepitante; il quale forse dipendeva da un'infiltrazione sierosa del parenchima, e non già da uno stato veramente infiammatorio. Comunque la cosa sia, un vescicante applicato al petto e l' uso interno di leggeri stimolanti fecero cessare questo rantolo. Ma conchiuderemo noi forse dall' esito, che si ottenne da questo modo di medicare, che in tutti i casi di peripneumonia se ne possa far uso collo stesso vantaggio che si ha dalle abbondanti emissioni di sangue? Giammai; così operando si abbandonerebbe la pratica della medicina ad un insulso empirismo.

Riflettiamo, che l' inferma, che forma il soggetto di

questa osservazione era di un temperamento eminentemente linfatico: il pallido colorito della cute, le sue carni molli, e disposte all'infiltramento, contro-indicavano l'uso di un gran numero di salassi (17); ed era quindi più razionale il ricorrere tempestivamente ai rivellenti cutanei ed agli stimolanti interni. Non v'ha dubbio che, usati sì immaturamente in un individuo di temperamento pletorico, questi mezzi sarebbero stati nocivi. Gli antichi non perdevano mai di vista nel trattamento delle malattie questa importante considerazione dei temperamenti; essi ripetevano incessantemente che l'arte di modificare la terapeutica di una medesima affezione costituisce il sommo pratico. Tale era il merito che Morgagni encomiava specialmente nel suo maestro Valsalva, rinomato per uno dei pratici i più felici del suo tempo. *Quaeres fortasse ecquid in aegrorum curatione peculiare haberet! Ille vero quae plerique solent auxilia in usum trahebat; sed, ut optimum medicum decet, in aliis alia.* La seguente osservazione serve a confermare questi principii.

VI. OSSERVAZIONE.

Un uomo di settantun'anno, entrò nello spedale della Carità nel mese di marzo 1821, affetto da paralisi incompleta delle membra inferiori e della vescica. Quest'uomo, antico cuciniere, ma ne'suoi ultimi anni privato di ogni mezzo di sussistenza, era debole, pallido, e nel primo grado del marasmo. Tutti gli organi, diligentemente esaminati, non presentavano veruna lesione. Dopo otto o dieci giorni dal suo ingresso, questo individuo presentò i sintomi di un lieve catarro polmonare, indi fu preso da un dolore puntorio al lato

destro in corrispondenza delle ultime coste. Si applicarono alcune mignatte al luogo del dolore, il quale si mitigò alquanto. A destra lateralmente, dal cavo dell'ascella sino al di sotto della mammella, si sente il rantolo. Il polso è frequente e poco resistente, la pelle non tanto calda. Nel secondo giorno si istituì un salasso di dodici once, ma non ne avvenne alcun sensibile cangiamento, ed il sangue era cotennoso. Nel terzo giorno compariscono gli sputi vischiosi, e tinti di sangue; aumentata è la difficoltà di respiro; osservasi un rilasciamento nei lineamenti della fisonomia (*Due vescicanti alle gambe; decotto di poligala gommoso*). Nel quarto giorno l' espettorazione è difficilissima, il mormorio, che viene dai bronchi pieni di liquido, impedisce di riconoscere mediante l'ascoltazione lo stato del parenchima polmonare. Il respiro è assai affannoso. Il malato può appena articolare pochi vocaboli con voce fiocca (*Vescicanti al petto; frizione di spirito di vino canforato alle membra; decotto di poligala. Tre grani di kermes in una pozione di quattro once. Due grani di tartaro stibiato da prendersi al momento*).

Il malato nel vomitare fece grandi sforzi; si ristabilì l' espettorazione; e la dispnea, che era in parte un effetto meccanico della raccolta del catarro nei bronchi, diminuì sensibilmente.

All'indomani, quinta giornata, il malato trovasi quasi nel medesimo stato come nel terzo giorno (*Si continuò nell' uso del decotto di poligala, e del kermes*).

Sesto, e settimo giorno, insistenza del rantolo crepitante nel luogo indicato, sputi sempre vischiosi e rossicci, leggere difficoltà di respiro, febbre mediocre, pelle costantemente secca (*Vescicanti alle cosce; quelli posti alle gambe sono essiccati. Si continuò nelle stesse medicine interne*).

Ottavo giorno, sputi nuovamente catarrali, polso frequente senza calore alla pelle, respirazione mediocremente accelerata, che all' infermo però non sembra affannosa. Medesimo rantolo.

Dal nono al quattordicesimo giorno si continuò a sentire un legger rantolo crepitante; ma non esisteva più verun altro sintomo della peripneumonia; rara, e lievissima era la tosse; a poco a poco si moderò la frequenza del polso (*Cinque grani di kermes al giorno. Radice di poligala, con aggiunta di un' oncia di miele scillitico per ogni pinta di decotto. Idromele composto. Qualche alimento*). Dopo il quattordicesimo giorno scomparve ogni sorta di rantolo. Il malato, perfettamente risanato dalla sua affezione polmonare, morì alcuni mesi dopo in conseguenza di un ammollimento del midollo spinale, di cui non è qui il luogo opportuno di trattare.

Questa osservazione è degna specialmente di attenzione per il metodo curativo che fu prescritto; era questo indicato dalla costituzione dell' infermo, dallo stato fisico e morale nel quale si trovava, piuttosto che dalla sua avanzata età. Riferiremo in seguito altri casi di vecchi, che essendo in circostanze più favorevoli a questo genere di cura, ritrassero gran giovamento da copiose sottrazioni di sangue; ed allora ci studieremo di provare, che la sola vecchiaia non può giammai costituire una contro-indicazione all' uso del salasso anche più volte ripetuto nei casi di peripneumonia (18). Ma le due osservazioni che abbiamo ora esposto ci persuadono darsi in pratica alcune peripneumonie, che vincere si possono con mezzi più efficaci, che non col salasso.

Negli ultimi tempi sembrava che il rantolo crepitante non fosse un indizio di uno stato infiammatorio

dei polmoni; giacchè per gli altri sintomi era manifesto che allora altro non esisteva fuorchè un ingorgo sieroso, un edema polmonare, la di cui risoluzione venne verisimilmente sollecitata dai presidii terapeutici, che furono prescritti.

Trascorsero due settenarii dall' epoca dell' invasione della peripneumonia a quella della sua completa risoluzione, la quale avvenne senza che vi abbia preceduto alcun fenomeno critico.

VII. OSSERVAZIONE.

Un muratore, dell' età di trent' un anno, nel giorno 12 di luglio, cadendo da un' altezza di sette a otto piedi, riportò un colpo alla regione dei reni, e ne fu specialmente contusa la parte posteriore delle ultime coste del lato destro; ebbe forza di alzarsi, e continuò nel suo lavoro, e dormì per tutta la notte. Nella susseguente mattina, svegliandosi, sentì un vivo dolore alla parte posteriore delle coste false del lato destro, dolore, che aumentava ogni qualvolta si moveva col tronco, e contemporaneamente soffriva un mal essere generale, anoressia, tosse, e difficoltà di respiro. Nel giorno 14 fu obbligato al letto, ed insistendo i sintomi dei dì precedenti, il 16 luglio determinò di recarsi allo spedale della Carità, dove gli venne tosto fatto un salasso.

Alla visita del giorno 17 il dolore era ancora assai forte, la tosse molestissima, e la respirazione breve e frequente; percuotendo il petto anteriormente risonava come allo stato normale, ma nella parte posteriore il dolore non permetteva di far uso della percussione. In ambedue i lati all' avanti, come pure po-

steriormente a sinistra udivasi il mormorio respiratorio con forza e chiarezza; ma a destra invece verso il lato posteriore sentivasi un rantolo crepitante in tutta l' estensione del lobo inferiore; gli sputi erano vischiosi, trasparenti, verdastri; il polso leggermente frequente; la pelle fresca. La natura degli sputi e l'ascoltazione apertamente indicavano trattarsi di una peripneumonia (*Secondo salasso. Cataplasma ammolliente al lato dolente*). Il malato sudò alquanto nella sera.

18. — Diminuito era il dolore; la respirazione erasi fatta più libera; nel resto trovavasi nel medesimo stato (*Si applicarono dodici mignatte al luogo del dolore*).

19. — Il dolore non si faceva più sentire che sotto gli sforzi della tosse, la percussione, e le profonde inspirazioni. Nondimeno la febbre era maggiore che non nei giorni precedenti, gli sputi maggiormente vischiosi e rossicci; persisteva il rantolo crepitante, aumentata era la difficoltà di respiro, e parlava con voce anelante. Quindi, mentre che la pleuritide andava migliorando, erasi esacerbata l'infiammazione del parenchima, e minacciava di passare al secondo grado (*Salasso di dieci once*). L' infermo dopo il salasso provò un sensibile miglioramento.

20. — Respirazione più libera, sputi meno vischiosi, rantolo crepitante più forte ed associato ad un lieve mormorio d'espansione polmonare; legger febbre. Nel corso della giornata ebbe un'abbondante epistassi.

21. — L'ammalato trovasi in uno stato assai migliore, gli sputi erano semplicemente catarrali. A destra non udivasi più che un rantolo appena sensibile, frammisto al mormorio naturale dell' espansione polmonare. La parola era libera, poteva decombere indifferentemente su tutti i lati. Non eravi più febbre. Fuori dell' epistassi non si osservò alcun movimento critico.

Dal 22 sino al 25, era in piena convalescenza, e nel 27 uscì dallo spedale.

Sembra che la causa occasionale di questa pleuropneumonitide sia stata la violenza esterna, che agì specialmente sulle pareti toraciche del lato destro. Il vivo dolore che sentì dapprima l'infermo, e che non era accompagnato da verun altro grave sintomo, sarebbesi potuto naturalmente considerare come un semplice risultato della contusione delle parti molli, che coprono le coste. Quando per la prima volta abbiamo veduto l'ammalato, la mancanza quasi completa della febbre ci avrebbe senza dubbio indotti ad adottare questa opinione, se l'aspetto caratteristico degli sputi, e l'esistenza del rantolo crepitante non ci avessero svelata la vera natura della malattia. Nei giorni successivi, mentre diminuiva il dolore pleuritico, si manifestarono apertamente i sintomi della peripneumonia, i quali per gradi andavano aumentando di intensità sino al punto di far temere per qualche tempo, che la peripneumonia non fosse per passare dal primo al secondo grado. La diminuzione del male poi avvenne contemporaneamente alla comparsa di un abbondante emorragia nasale.

VIII. OSSERVAZIONE.

Un muratore, di ventisei anni, di temperamento pletorico, nel mese di luglio 1822 andò soggetto al morbillo. Da quest'epoca sino al mese di settembre gli continuò la tosse che però non lo molestava tanto, nè gli impediva di attendere alle sue occupazioni. Nel giorno 5 di settembre, alle ore otto del mattino, improvvisamente fu preso da un dolore al disotto della mammella sinistra, accompagnato da brividi di freddo, e da vo-

mito. Nei giorni 6 e 7 continuò il dolore, aumentò la tosse che abitualmente soffriva, la cute fu costantemente coperta di sudore. Il malato stette a letto, e bevè del vino caldo dolcificato. — Nel quarto giorno entrò nello spedale, ove gli si fece prontamente un salasso, ed il sangue presentò un coagulo piccolo e denso, circondato da molta sierosità, e coperto da alta e fitta cotenna. Alla mattina del quinto giorno il malato era nel seguente stato:

Respirazione alta, accelerata, ma che all'infermo non sembrava affannosa; tosse frequente accompagnata, già da due giorni, da espettorazione di sputi rossicci, trasparenti, mediocremente vischiosi. Dolore laterale sensibile soltanto nelle profonde inspirazioni, e sotto una forte compressione esterna, rantolo crepitante in tutta l'estensione del lobo inferiore del polmone sinistro; dalla percussione delle pareti toraciche non rilevavasi alcuna abnormità; giaceva costantemente sul dorso; polso frequente e pieno; sudore generale; lingua bianchiccia, sete, costipazione d' alvo (*Salasso di dodici once, bevande ammollienti*). Aspetto del sangue simile a quello del primo salasso. — Nel corso della giornata, malgrado i due salassi instituiti, aumentò considerevolmente l' affanno di respiro.

Sesto giorno, dispnea ancor maggiore che non nel giorno antecedente, sputi della stessa natura, rantolo crepitante esteso a tutto il polmone sinistro, e ad alcuni punti del lobo inferiore del polmone destro; nel rimanente di questo polmone odesi la respirazione con una forza estrema, il suono non è ineguale in verun luogo. I polsi, forti e pieni, sono sì frequenti, che appena si può enumerarne i battiti, la cute è sempre coperta da un abbondante sudore. Evidentemente appariva

che l'infiammazione, nello spazio delle ultime ventiquattro ore, erasi diffusa ad una maggiore estensione del tessuto polmonare; ma sembrava però che in niuna parte oltrepassasse il primo grado. Fu fatto un terzo salasso di dodici once, ed il sangue era cotennoso a guisa di quello dei due precedenti.

Settimo giorno, l'infermo trovasi nel medesimo stato del dì antecedente (*Sei mignatte a ciascun lato del petto*).

Ottavo giorno, la respirazione era affannosa all'estremo grado. Il malato, assiso nel suo letto ed ancora pieno di vigore, poteva appena pronunciare qualche vocabolo con voce anelante. La sua faccia, rossa e coperta di sudore, esprimeva la più viva ansietà. Mediante l'ascoltazione udivasi un rantolo crepitante in quasi tutta l'estensione del torace, escluso lo spazio compreso tra la clavicola e la mammella del lato destro, ove udivasi il mormorio respiratorio con chiarezza, e di una forza straordinaria. Non si esitò punto ad instituire un quarto salasso di sedici once. Il crassamento fu pure abbondante e cotennoso come negli altri salassi. Ciò nondimeno nel corso della giornata la difficoltà di respiro andò sempre più aumentando, ed alla mattina del nono giorno l'infermo non poteva più veramente respirare; assiso nel proprio letto contraeva con forza tutti i muscoli per dilatare il torace; una tinta livida si sostituì al rossore vermiglio che presentava la faccia nei giorni antecedenti. Ci fu nota la causa di questo vero stato di incipiente asfissia, quando, applicando l'orecchio alle parti toraciche, udimmo un rantolo crepitante ben distinto in tutta l'estensione dei due polmoni. Un quinto salasso fatto all'istante servì a rendere momentaneamente più libero il respiro: ma poco dopo immi-

nente era la minaccia di soffocazione, e l'infermo morì durante la notte in uno stato di vera asfissia.

Sezione del cadavere.

Tagliando i polmoni in tutti i punti ne scorreva una grande quantità di siero rosso e spumeggiante. Il tessuto polmonare era rosso, consistente, e posto nell'acqua galleggiava; la membrana mucosa bronchiale presentava in tutta la sua estensione un rossore violacco; le cavità destre del cuore venivano distese da enormi coaguli nerastri. Tutti i visceri addominali erano ingorgati di sangue.

La doppia peripneumonia, che trascinò questo ammalato al sepolcro fu meno funesta per la sua intensità, che per la sua estensione. Ed infatti non eravi che un semplice ingorgo sanguigno, il quale per essere esteso alla totalità di ambedue i polmoni era più grave che non sarebbe stata l'epatizzazione di un solo polmone. Col mezzo dell'ascoltazione abbiamo potuto seguire colla massima precisione i progressi dell'infiammazione, limitata questa da principio al lobo inferiore del polmone sinistro la vedemmo propagarsi con un'estrema rapidità al lobo superiore di questo medesimo polmone, ed in seguito invadere anche tutto il polmone destro. Un metodo antiflogistico attivissimo (19) non bastò ad arrestare i progressi di questa infiammazione. Il malato morì in una maniera tutta meccanica, come se fosse stato strangolato o soffocato; è poi da osservarsi come, in un caso di infiammazione così grave, sia la cute sempre stata grondante di sudore.

IX. OSSERVAZIONE.

Un facchino di 46 anni entrò nello spedale della Carità il giorno 26 gennaio 1820. Essendosi esposto durante tutta la giornata del 18 ad un freddo umido, fu preso nella sera da brividi di freddo, indi da un urente calore, che durò tutta la notte, e nel giorno 19 andò in delirio. In questo medesimo dì si sviluppò la tosse, e nel successivo terzo giorno di malattia, si riordinarono le facoltà intellettuali, ma aumentò la tosse, cui si associò la febbre ed una lieve difficoltà di respiro. Sottoposto per la prima volta al nostro esame nella mattina del quarto giorno, il malato era allora nel seguente stato: Respirazione frequente accompagnata da un molesto senso di oppressione. Tosse frequente, senza dolore, con espettorazione di sputi rossicci, vischiosi e trasparenti (questi sputi caratteristici non sono comparsi che nel giorno antecedente). Rantolo crepitante, ma che non maschera intieramente il mormorio inspiratorio, al disotto delle due clavicole, da quest'osso sino alla mammella nel cavo di ambedue le ascelle, e nelle due fosse sopra spinose. In ogni altra parte la respirazione è forte e chiara; il petto è sonoro come allo stato normale; l'infermo decombe costantemente sul dorso, ha i polsi frequenti e pieni, la pelle calda e secca, la lingua bianchiccia; avvi costipazione di ventre. *Diagnosi.* Ingorgo infiammatorio della sommità dei due polmoni (*Salasso di sedici once, senapismi alle gambe, tisane, e clisteri ammollienti*). Il sangue era formato da un largo coagulo senza sierosità, coperto di una densa cotenna.

Nel quinto giorno il rantolo crepitante mascherava quasi completamente il mormorio inspiratorio, il quale

sentivasi soltanto a destra nella fossa sottospinosa; i due lati anteriori del petto sembravano meno sonori, la dispnea era maggiore, gli sputi più vischiosi. In ambedue i lati pertanto l' infiammazione aveva fatto progressi, e sembrava incamminarsi verso l' epatizzazione. Furono prescritti due salassi, uno alla mattina di dodici once, e l' altro alla sera di otto once. Sangue cotennoso con coagulo largo senza sierosità.

Nel sesto giorno trovavasi l'infermo nel medesimo stato (*Due vescicanti alle cosce*).

Settimo giorno, oppressione di respiro sempre crescente; voce anelante; al di sotto delle due clavicole il petto è assai meno sonoro, rantolo crepitante, debole, ma non frammisto col mormorio inspiratorio nei medesimi punti ove nei giorni precedenti udivasi chiaramente. Sputi rossi, riuniti in una massa gelatiniforme, che difficilmente distaccasi dal vaso. Polso frequentissimo, cedevole sotto la pressione; insistenza della siccità della cute; tinta gialla della faccia (*Due vescicanti alle gambe, una pinta di decotto di poligala con gomma*).

Nella mattina dell' ottavo giorno era in delirio, presentava una grande alterazione nei lineamenti della fisonomia, e nella sera spirò.

Sezione del cadavere.

Il lobo superiore di ciascun polmone presenta un colore rosso vermiglio, che singolarmente contrasta colla tinta bigia degli altri lobi. Incidendo questi stessi lobi superiori ne cola una gran quantità di siero rosso e spumeggiante; il loro tessuto è fragile, e si lacera con maggior facilità che non quello degli altri lobi, è appena crepitante, e galleggia ancora nell'acqua. Altrove

il parenchima polmonare è secco, eccetto però posteriormente ove presenta un legger ingorgo cadaverico. La membrana mucosa bronchiale dei lobi superiori è di color rosso. Esistono antiche aderenze cellulari tra le pleure; le cavità del cuore sono riempite di un sangue nero liquido.

Niuna alterazione si rinvenne negli organi del cranio, e dell' addome.

Questa doppia peripneumonia assai meno estesa che non era quella di cui ammalò l' individuo dell' osservazione ottava, fu nondimeno al pari di essa prontamente mortale; ma notiamo che i lobi superiori erano presi da infiammazione, e noi crediamo d' aver comprovato, che, a cose pari, l' infiammazione di questi lobi è più grave, più da temersi che non una flemmassia ancor più intensa delle altre parti del parenchima polmonare. È molto verisimile che se invece l' ingorgo infiammatorio avesse interessato i due lobi inferiori il caso non sarebbe stato mortale. Qui poi il tessuto polmonare era vicinissimo all' epatizzazione; aveva esso già perduto della sua consistenza: compresso fra le dita non crepitava che leggermente, ed in questo stato richiamava benissimo la sensazione che provasi quando si comprimono i polmoni di un feto, che non ha ancor respirato. Questo stato intermedio tra il semplice ingorgo e l' epatizzazione erasi manifestato colla diminuzione del rantolo, senza che contemporaneamente siasi ristabilito il mormorio naturale della respirazione. Così pure si rilevava questo stato morboso dei polmoni dal non essere più sonore come allo stato normale le pareti toraciche, sebbene non si sentisse ancora una vera ineguaglianza di suono. Finalmente la somma vischiosità

degli sputi era un altro indizio della tendenza della peripneumonia al passaggio dal primo al secondo grado.

Devesi però riflettere, che gli indizii somministrati dalla percussione possono essere infedeli, quando, come avvenne in questo caso, il suono diminuisce al medesimo grado, e contemporaneamente in ambedue i lati del torace, senza che esista ancora una ben distinta ineguaglianza.

L' invasione della peripneumonia non venne indicata da verun dolore pleuritico; il delirio, che era insorto all' epoca dell' invasione della malattia, e che era cessato a misura che manifestavansi i sintomi della peripneumonia, ricomparve nelle ultime ventiquattro ore di vita, ed alla sezione del cadavere non si ritrovò nel cervello veruna lesione, che rendere ne potesse ragione. In questo caso particolare si vide confermato l' aforisma d' Ippocrate : *A peripneumonia phrenitis, malum.*

ARTICOLO SECONDO

PLEURO-PERIPNEUMONIA AL SECONDO GRADO

(*Epatizzazione rossa*).

Nello stato attuale della scienza, riesce quasi sempre facile il distinguere, dietro la natura dei sintomi, questo secondo grado dal primo. La percussione, e l' ascoltazione non somministrano più i medesimi indizii; gli sputi non di rado presentano un altro carattere; già *a priori* potrebbesi ammettere, che nel caso di epatizzazione la dispnea è costantemente maggiore; ma su questo punto vi sono numerose eccezioni; e se puossi con sicurezza asserire che l' esame dello stato della respirazione è della massima importanza per il pronostico, bisogna pure con-

fessare, che la maggiore o minore libertà dei movimenti respiratorii non può somministrare tutt' al più chè indizii probabili intorno allo stato del parenchima polmonare. Abbiamo già veduto come una dispnea estrema si combini talvolta ad un lieve ingorgo del parenchima, ora vedremo un' epatizzazione considerevole non essere accompagnata che da lievissimo affanno di respiro.

X. OSSERVAZIONE.

Un falegname, di trentadue anni, di debole costituzione, ammogliato da quindici giorni, cenò secondo il suo costume nella sera del 20 aprile 1822. Un' ora dopo venne improvvisamente assalito da brividi di freddo, che durarono per tutta la notte. Nella mattina del 21 sentì un dolore, che dapprima si manifestò alla sommità della spalla sinistra, e che in breve si estese a tutta la parte laterale sinistra del torace: questo dolore aumentava sotto la tosse e le profonde inspirazioni, ed era insopportabile, se l' ammalato decombeva sul lato sinistro. Oltre di ciò aveva una tosse secca, ed alla sera sudava alquanto. Nei sette giorni successivi l' infermo stette a letto, e non fece uso che di bevande ammolienti. Continuò il dolore laterale, aumentò l' affanno di respiro, e gli sputi erano tinti di sangue: — Nella sera del 27, settimo giorno di malattia, venne ricoverato nello spedale, ove gli si fece immediatamente un salasso. Durante la notte andò in delirio, ed alla mattina dell' ottavo giorno presentava i seguenti sintomi: inspirazioni brevi e vicinissime le une alle altre; tosse frequente con espettorazione di una considerevole quantità di sputi rossicci, vischiosi, trasparenti. Il dolore, meno forte che non nei giorni precedenti, sotto la percussione si

diffondeva a tutto il lato sinistro del torace, dall' ascella sino alle ultime coste. L'ammalato decombeva sempre sul dorso; il petto percosso superiormente mandava un suono ineguale, si diffondeva in quasi tutta l'estensione del lato inferiore del medesimo polmone; e quivi pure udivasi un legger rantolo crepitante non frammisto al mormorio inspiratorio.

Dagli indizii pertanto somministrati dalla percussione e dall' ascoltazione si conchiuse, che il lobo inferiore del polmone sinistro era in parte epatizzato. Il polso era frequente e duro; la pelle calda ed umida. Ogni sera, fino dai primi giorni della malattia andava in sudore. Aveva la lingua bianchiccia, mancanza d'appetito, sete mediocre, e stitichezza di corpo (*Salasso di dodici once. Trenta mignatte al lato sinistro. Bevande ammollienti*). Passò discretamente la giornata, verso sera sudò moltissimo, e nella notte andò in delirio.

Nella mattina del nono giorno persisteva ancora il delirio, ma la respirazione era più facile che non nel giorno antecedente; gli sputi contenevano minor quantità di sangue; il rantolo crepitante sensibilmente più forte e più esteso di prima, sembrava indicare che le parti epatizzate del polmone ritornavano al primo grado di semplice ingorgo. Lievissima era la febbre. Questo infermo relativamente alla peripneumonia era evidentemente in miglior essere; ma l' esistenza del delirio indicava una congestione cerebrale di sinistro presagio, poichè se non fosse stata che un effetto simpatico dell' affezione toracica avrebbe dovuto cessar tosto che diminuiva la malattia primaria. Essendo un soggetto naturalmente debole non potevasi più progredire nelle emissioni di sangue; quindi si applicarono due vescicanti alle gambe allo scopo di stabilire una rivulsione dal capo e

dal petto; ed infatti il delirio cessò verso sera, nè più ricomparve.

Nel decimo giorno era nel medesimo stato; alla sera continuava a sudare. Nell' undecimo e nel duodecimo giorno il suono del lato sinistro era meno ineguale, ed il rantolo crepitante assai più distinto. L' infermo non soffriva più verun dolore e con facilità eseguiva una profonda inspirazione; gli sputi, leggermente ancora tinti in rosso, si avvicinavano allo stato naturale; moderata era la febbre; tutto prometteva una pronta e completa risoluzione. Nel decimo terzo giorno si applicò un vescicante al lato sinistro del torace. Nei giorni decimo quarto e decimo quinto si cominciò a sentire il mormorio naturale della respirazione unitamente al rantolo crepitante. Da quest'epoca cessò l'ineguaglianza del suono, e gli sputi divennero semplicemente catarrali. Nel sedicesimo giorno il mormorio naturale della respirazione, assai più chiaro che non nel dì antecedente, non era più che in pochi punti e ad intervalli frammisto al rantolo crepitante; il polso conservava una legger frequenza senz'altro segno di febbre. Alla sera più non sudava già da tre giorni. Nel decimo settimo giorno udivasi il mormorio della respirazione ugualmente chiaro e naturale in ogni parte del petto; ed il malato era in piena convalescenza.

Rivolgiamo ora la nostra attenzione ai segni somministrati dall' ascoltazione e dalla percussione. Da principio sentivasi un suono ineguale, e contemporaneamente un rantolo crepitante non frammisto a mormorio inspiratorio. Da questi segni abbiamo dedotto per conseguenza, che eravi già un'epatizzazione del tessuto polmonare. In appresso, quando la diminuzione

della febbre, e della difficoltà di respiro, il ridursi di nuovo gli sputi allo stato catarrale, ed il divenire progressivamente ancor sonore le pareti toraciche, indicavano, che la peripneumonia andava risolvendosi; l'ascoltazione precisò quasi tutti gli istanti della risoluzione; ogni giorno ci mostrava che il tessuto polmonare faceva a poco a poco passaggio dallo stato di epatizzazione a quello di semplice ingorgo. La forza maggiore o minore del rantolo crepitante, l' associarsi di questo al mormorio fisiologico della respirazione, ci avvertivano di questi diversi stati del polmone con una precisione quasi matematica. Se il rantolo crepitante è fortissimo senza essere interrotto dal mormorio inspiratorio, si può essere certi che in tutta la parte del polmone ove lo si sente, non avvi che un semplice ingorgamento, ma però molto considerevole. Se unitamente al rantolo odesi eziandio il mormorio, che risulta dall' ingresso dell'aria nelle vescichette polmonari, devesi conchiudere, come nel caso precedente, che non esiste che un semplice ingorgo, ma che però è di minore entità, e che molte parti del polmone sono ancora sane. In certi casi il rantolo non sentesi che in alcuni punti isolati, a lunghi intervalli, ovvero è quasi continuo, sì che bisogna prestare molta attenzione, ed avere grande abitudine per riconoscerlo e distinguerlo fra mezzo al mormorio d' espansione polmonare che predomina a misura, che il rantolo diminuisce; in allora l' ingorgo infiammatorio è leggerissimo, ed assai circoscritto. Altre volte, quantunque il rantolo crepitante divenga sempre più debole, ciò nondimeno non si ristabilisce il mormorio d' espansione polmonare; in tal caso avvi un passaggio dal primo al secondo grado, un miscuglio d' ingorgamento e di epatizzazione. Frequen-

temente poi sentesi un legger rantolo crepitante ancor quando questa medesima epatizzazione è già considerevole; ed in questo caso l'ingresso dell'aria ed il suono della voce nei bronchi vanno soggetti a modificazioni, da cui risultano nuovi segni dei quali avremo in seguito occasione di trattare. Quando le parti del polmone epatizzato riacquistano la loro permeabilità all'aria, la si riconosce dal rantolo crepitante, che nuovamente si fa sentire, o che aumenta di intensità, se non è mai cessato pienamente. Avvi una circostanza che merita tutta l'attenzione del pratico, e consiste in ciò che frequentemente il mormorio d'espansione polmonare rimane frammisto ad un legger rantolo crepitante, lungo tempo dopo che sono scomparsi tutti gli altri segni della peripneumonia. Questo fatto ci mostra, che le parti del polmone che soggiacquero ad un processo infiammatorio non ritornano d'ordinario allo stato loro fisiologico se non con una sì grande lentezza, che non avrebbesi potuto credere avanti l'introduzione della pratica dell'ascoltazione; da ciò deriva la frequenza e facilità delle recidive nella convalescenza delle infiammazioni polmonari; e per questo motivo fa d'uopo premunirsi di grandi precauzioni finchè dura il rantolo. Dalla trascuranza delle necessarie cautele ne viene che la malattia, fattasi latente in questo ultimo periodo di sua esistenza, potrà retrocedere inaspettatamente allo stadio acuto, ovvero (e questo è il caso più comune) si stabilirà nel polmone un lento processo flogistico, da cui avrà finalmente origine una degenerazione tubercolare, per poco che l'infermo vi sia predisposto.

Rivolgiamo ora le nostre considerazioni ad altre circostanze di questa osservazione meritevoli di tutta l'attenzione. I sudori non presentarono in questo caso verun

carattere critico; si manifestarono nel primo giorno della malattia, e continuarono sino alla sua declinazione. I medesimi possono però aver contribuito al prospero esito della peripneumonia, il quale avvenne a poco a poco senza essere accompagnato da veruna crisi propriamente detta.

A prima giunta potevasi considerare il dolore pleuritico, a motivo della sua primitiva sede (alla spalla), qual semplice dolore reumatico; ma i forti brividi di freddo che ne hanno preceduto l' invasione, ne indicavano abbastanza la natura. Era appunto dalla mancanza o dalla presenza dei brividi di freddo che Stall si studiava in molti casi di distinguere un reuma fisso alle pareti toraciche accompagnato da tosse e da febbre, da una vera pleuritide. Fa meraviglia come un sì accurato osservatore abbia asserito, che dallo stato della lingua potevasi pure desumerne un carattere distintivo. Secondo questo autore è dessa umida nel reuma, e *secca* nell' infiammazione della pleura. Nulla vi ha certamente di più inesatto.

Questo dolore, trasportatosi dalla spalla al petto, presentò nel nostro ammalato una circostanza insolita. Invece di manifestarsi in un punto circoscritto in corrispondenza o al di sotto della mammella, come è il caso più comune, si estese a tutto il lato sinistro del torace. Sarebbe difficile, a mio credere, a rendere ragione del motivo per cui nel maggior numero de' casi non avviene così; e perchè l' infiammazione generale della pleura non appalesa d' ordinario la sua esistenza fuorchè con un *punto solo dolente*. Sembrami, che il caso più generale dovrebbe formarne l' eccezione.

Il delirio, che si manifestò per più giorni di seguito, cessò con una rara prontezza dietro l' applicazione dei

rivellenti alle estremità inferiori, fatta in un' epoca della malattia in cui non eravi più a temere di alcuna reazione universale. Questo delirio poi non si presentò con verun carattere molesto; e se una delle nostre osservazioni precedenti confermò l' aforismo d'Ippocrate intorno al pericolo del delirio nella peripneumonia, l' osservazione attuale ne smentisce la costante esattezza. Ogni medico sa che esistono persone nelle quali l'affezione la più leggera si complica col delirio; e questo era forse il caso del nostro ammalato, il quale aveva una fisica costituzione, che indicava una grande suscettibilità del sistema nervoso, suscettibilità che poteva essere stata aumentata dal matrimonio recentemente contratto.

XI. OSSERVAZIONE.

Un sarto, di ventun anno, ai 2 di marzo ammalò per semplice corizza. All' indomani, a nove ore del mattino, senza che vi abbia preceduto altro mal essere, venne assalito da un dolore puntorio al lato destro del petto al di sotto della mammella; questo dolore continuò a molestarlo per tutta la giornata; aveva una tosse secca, lieve difficoltà di respiro, febbre, e nel corso della notte sudò moltissimo. Nel giorno 4 marzo l' ammalato sta in dieta ed in riposo, e nella sera del 5 entra nello spedale della Carità. Addì 6 marzo, quarto giorno dall'invasione del dolore, era nel seguente stato: suono ineguale a destra posteriormente quasi in tutta l' estensione del lobo inferiore. In questo medesimo spazio udivasi un rantolo crepitante non frammisto a verun mormorio d' espansione polmonare; in ogni altra parte del petto il mormorio respiratorio era forte e

chiaro; aveva una tosse frequente con espettorazione di sputi rossicci, riuniti in una massa gelatiniforme, che con difficoltà potevasi distaccare dal vaso. Il dolore pleuritico era sensibile soltanto sotto la percussione del petto. Il respiro sembrava all' ammalato ben poco affannoso, quantunque le inspirazioni fossero brevi, e vicine le une alle altre. Il polso era frequente e pieno, la pelle calda e secca (fino dal 3 marzo non sudò più). Noi opinammo, che già esisteva un' epatizzazione del tessuto polmonare (*Salasso d' una libbra*). — Passò la giornata in sufficiente buon essere, nella notte dormì alquanto, e traspirò leggermente.

Nel quinto giorno più non sentesi a destra che un lievissimo rantolo, senza alcun mormorio d' espansione polmonare; il suono del petto è più ineguale che nel giorno antecedente; ogni volta che il malato inspira, l' ingresso dell' aria nei bronchi della porzione di polmone infiammato è accompagnato da una specie di soffio, ben diverso dal mormorio, che risulta nell' uomo sano dall' ingresso dell'aria nelle vescichette polmonari. Sembrava che, essendosi queste rese impermeabili, la colonna d' aria, che non poteva più penetrare al di là dei grossi bronchi, vibrasse con magica forza contro le loro pareti, da cui risultava un mormorio respiratorio ben distinto da quello che udivasi nelle parti dei polmoni rimaste sane. Finalmente in questa medesima porzione epatizzata la voce del malato aveva un carattere particolare, che non era nè la pettoroloquia, nè alcuna varietà dell' egofonia; *essa rimbombava più fortemente, che altrove* (*). Gli altri sintomi non presentavano alcun sensibile cangiamento (*Salasso di dodici once*). — Il sangue dei due salassi era cotennoso.

(*) È questo un fenomeno, che fu indicato da Laennec sotto la denominazione di Broncofonia.

Nel sesto giorno si ebbero i medesimi indizii dall' ascoltazione e dalla percussione. Aumentata era la difficoltà di respiro, a stento espettorava una materia vischiosissima, il polso era frequente e debole; le forze languenti. Il maggiore affanno di respiro indusse Lerminier, malgrado la debolezza del polso e lo stato apparente di languore generale, a prescrivere un terzo salasso di otto once, ed il sangue presentò una densa cotenna a guisa dei precedenti (20). In seguito si applicarono due senapismi alle gambe. L' ammalato nel corso della giornata prese a cucchiai un *mezzo looch bianco con aggiunta di quattro grani d' ipecacuana*, *e di un mezzo grano di kermes. Infuso di viole e di borraggine*, *tre brodi*. Lasciammo il malato pronosticando male del suo stato. — Nel corso della notte la cute, che ad eccezione del primo giorno era rimasta secca, o non aveva presentato che un leggerissimo madore, andò in un sudore copiosissimo, che continuò ancora nel giorno successivo.

Settimo giorno. A quest' epoca osservavasi un notevolissimo cangiamento nello stato dell'infermo. Un rantolo crepitante ben distinto, frammisto al mormorio d'espansione polmonare, erasi sostituito alla *respirazione bronchiale*, che nel giorno prima sola ancora udivasi in tutta l'estensione del lobo inferiore del polmone destro. Cessato era pure in questo medesimo punto il suono particolare della voce. Gli sputi avevano perduto gran parte della loro tinta rossiccia e della loro vischiosità. La respirazione era più libera, l'espressione della faccia più naturale, il polso meno frequente e meno debole. Il sudore continuò sino a sera (*Bevande ammollienti*, *brodi*).

Ottavo giorno, rantolo crepitante frammisto al mor-

morio naturale della respirazione; ambedue i lati del petto sotto la percussione mandavano un suono uniforme. Gli sputi erano semplicemente catarrali; mediocre era la frequenza dei polsi, e moderato il calore della cute. Nei giorni successivi cessò intieramente il rantolo crepitante, cui si sostituì il solo mormorio di espansione polmonare; svanì la tosse, e l'ammalato giunse a perfetta guarigione.

Segni non equivoci indicarono essere in quest' ammalato avvenuta l'epatizzazione polmonare, la quale esisteva già da quattro giorni; ma non era ancora che ben poco estesa, o incompleta in molti punti. Nel quinto giorno era dessa aumentata. Abbiamo procurato di descrivere con accuratezza, e di spiegare i due segni, che indicarono questo funesto progresso, cioè l'indole particolare del mormorio della respirazione, ed il rimbombo della voce. Per esprimere con un termine generico la modificazione che subisce il mormorio respiratorio nei polmoni epatizzati, proponiamo di denominare questo mormorio per tal modo modificato *respirazione bronchiale*, in opposizione al mormorio respiratorio che sentesi nello stato sano, che indica il libero ingresso dell' aria nelle vescichette polmonari, e che noi di buon animo chiameremmo *respirazione vescicolare*. Questi fenomeni poi erano associati alla ineguaglianza del suono, e ad una grande vischiosità degli sputi. L' affanno di respiro non sembrava dapprima in rapporto colla gravezza della lesione polmonare; ma in breve aumentò notabilmente la difficoltà del respiro, per cui si dovette fare un pronostico piuttosto infausto, il quale veniva poi maggiormente confermato dall' alterata fisonomia, e dal carattere dei

polsi. Ciò nondimeno, nello spazio di ventiquattro ore, mentre si manifestò un sudore abbondantissimo, la malattia cangiò d'aspetto; l'infiammazione, i di cui progressi non eransi potuti arrestare mediante un attivissimo trattamento antiflogistico, retrocedette con una meravigliosa rapidità dal secondo al primo grado, ed in brevissimo tempo avvenne la risoluzione completa di sì grave flemmassia. Sarebbe, a nostro avviso, lo stesso che negare un fatto evidente il non volere ammettere che i sudori critici abbiano contribuito a risolvere la peripneumonia. Qui si riscontrano tutti i caratteri di una vera crisi: esacerbazione della malattia, indi pronta e subitanea comparsa di un movimento flussionario verso la cute, e contemporaneamente un miglioramento manifestissimo in tutti i sintomi. Questo rapido giudicarsi della malattia è tuttora uno fra i caratteri dei fenomeni critici. È fuor di dubbio, che la peripneumonia avrebbe potuto ugualmente passare alla risoluzione, senza che avvenisse veruna crisi; ma questo esito sarebbe stato verisimilmente assai più lento, e non avremmo veduto nello spazio di quarantott'ore una forte epatizzazione del polmone cangiarsi in un leggere ingorgo, il quale pure si dissipò in pochissimo tempo (21).

Non dimentichiamo l'epoca in cui avvenne la crisi, cioè nella notte dal sesto al settimo giorno. Si dimanda se essa fu assecondata e sollecitata dal looch composto di ipecacuana e di kermes, di cui il malato fece uso nel giorno antecedente?

Niun brivido di freddo precedette l'apparizione del dolore puntorio al lato destro del petto.

XII. OSSERVAZIONE.

Un chincagliere, dell'età di trentadue anni, ritor-

nando dalla campagna a Parigi, nella sera del 28 febbraio, fu preso da forti brividi di freddo; nel corso della notte ebbe un caldo estremo, e cominciò a tossire. All'indimani, 1 marzo, gli si sviluppò un dolore al di sotto della mammella destra; fu quindi obbligato a letto, e bevette del vino caldo dolcificato con zucchero. Continuò la tosse per tutto il giorno senza alcuna espettorazione. Addì 2 marzo il dolore laterale più non esisteva, e nel giorno 3, trovandosi in buon essere, andò di nuovo alla campagna. Ma ritornando verso sera a Parigi risentì ancora il dolore puntorio, ritornò la febbre, e per tutta la notte fu tormentato dalla tosse. Nella sera del giorno 4 venne ricoverato nello spedale della Carità, ove gli si fece all'istante un salasso, ed in quella notte sudò per la prima volta. Nella mattina del giorno 5 la respirazione era breve, affannosa; percuotendo il petto udivasi un suono ineguale nella parte posteriore destra, approssimativamente in tutta l'estensione dei lobi medio, ed inferiore. In questa medesima parte sentivasi la respirazione bronchiale, e la voce rimbombava in diverso modo che non negli altri punti del torace. Gli sputi erano di un rosso vivo, riuniti in una massa gelatiniforme, che a stento potevasi distaccare dal vaso. I polsi erano frequenti e pieni, decumbeva costantemente sul dorso. Diagnosi: *Epatizzazione rossa* della parte media del polmone destro (*Salasso di dodici once, bevande ammollienti*). Il sangue dei due salassi aveva una densa ed alta cotenna. Verso sera incominciò a traspirare la cute, ed il sudore durò per la maggior parte della notte.

Addì 6, settimo giorno della malattia, era ancora nel medesimo stato (*Salasso di dodici once*). Il sangue si mostrò cotennoso al pari di quello dei due precedenti

salassi. Alla sera andò in delirio, e nella notte sudò ancora.

Nell' ottavo e nono giorno diminuì sensibilmente la difficoltà di respiro; gli sputi erano ancor vischiosi, ma meno rossi. L' ascoltazione e la percussione somministravano i medesimi indizii. Il polso era frequente e debole; verso sera ritornò il delirio (*Nell'ottavo giorno si applicarono ventiquattro mignatte al lato destro, nel nono due vescicanti alle gambe*).

Nel decimo giorno osservavasi un gran cangiamento nello stato della respirazione. In corrispondenza dell' angolo inferiore dell'omoplata udivasi un rantolo crepitante distintissimo, e più in basso si sentiva ancora la respirazione bronchiale; il suono era meno ineguale. Nel lobo superiore del polmone destro, ed in tutto il polmone sinistro il mormorio respiratorio era chiaro, ma fortissimo.

L' infermo non provava verun senso di oppressione al petto; ed in fatti la respirazione non era gran che frequente; tossiva assai meno, e gli sputi erano non più tanto vischiosi, e leggermente tinti in rosso. Durante la notte sudò moltissimo: la lingua era bianchiccia; aveva gran sete, ed evacuava gran copia di orina. Alla sera, per la prima volta dopo alcuni giorni, non ritornò il delirio (*Bevande ammollienti*).

Undecimo giorno, gli sputi erano semplicemente catarrali; sentivasi un rantolo crepitante posteriormente a destra, dall' angolo inferiore dell' omoplata sino alla parte più inferiore del petto, il quale in quello spazio era meno sonoro; il polso presentava una legger frequenza, nè si manifestò più verun sudore.

Nella notte successiva l' infermo andò ancora in delirio, ma alla mattina del dodicesimo giorno trovavasi

in buon essere, e non aveva più febbre. A destra il mormorio respiratorio era più debole che non a sinistra, e frammisto di quando in quando al rantolo crepitante. Il suono era ugualmente chiaro come a sinistra.

Dal decimoterzo al sedicesimo giorno il mormorio respiratorio ritornò a poco a poco al suo stato naturale (*Pozione gommosa con quattro grani di kermes per ogni giorno ; decotto di poligala*).

Nel decimosettimo giorno il mormorio respiratorio udivasi uniformemente in tutti i punti del petto; non eravi più altro fenomeno morboso fuorchè una leggier tosse con espettorazione catarrale. Questa tosse durò ancora per otto giorni, dopo i quali l'ammalato abbandonò lo spedale pienamente rimesso in salute.

Questa osservazione offre molti punti d' analogia colla precedente. I medesimi segni, cioè il suono ineguale, la respirazione bronchiale, il rimbombo particolare della voce, la grande viscosità degli sputi, indicarono l' epatizzazione rossa del tessuto polmonare. In appresso la scomparsa di questi segni, e l'esistenza del rantolo crepitante ci avvisarono, che l' infiammazione era retrocessa dal secondo al primo grado. Malgrado l' intensità della lesione polmonare la dispnea non fu giammai considerevole, e non era più sensibile in un' epoca avanzata della malattia, quando esisteva ancora qualche grado di epatizzazione e molto ingorgo. Dal giorno dell' ingresso del malato nello spedale sino al nono dì, ogni notte sudava senza che ne ritraesse un manifesto vantaggio. I sudori, che sopraggiunsero nella notte del nono al decimo giorno, furono assai più abbondanti, ed a quest'epoca il malato cominciò a migliorare sensibilmente. Nei giorni successivi non sudò

più. La completa risoluzione avvenne però assai più lentamente, che non nel soggetto dell' osservazione XI. Per quale ragione in questo caso fu assai meno distinto il carattere critico del sudore?

In questo infermo, come in molti dei precedenti, ricorreva il delirio ad ogni esacerbazione vespertina. Tale delirio periodico apparve eziandio quando operavasi la risoluzione della peripneumonia, e nel corso della giornata non eravi più alcun movimento febbrile. Non potremmo che qui ripetere quanto abbiamo già detto su questo proposito, cioè, che esistono individui, i quali, in forza di una inesplicabile idiosincrasia, non si ammalano senza andar soggetti al delirio; nè per questo deve il medico istituire un pronostico più riservato, nè infausto.

Tale circostanza è talvolta indizio di una grande suscettibilità del sistema nervoso, e da ciò ne deriva una disposizione particolare alle affezioni del cervello, ogni qual volta altri organi vengano affetti da malattia; e quindi ne nascono speciali indicazioni terapeutiche.

L' invasione di questa malattia presenta una particolarità che merita di essere notata. Dapprima non vi fu che una semplice pleurisia, che si dissipò senza emissioni di sangue. L' infermo si credette allora guarito, ma in seguito ad un nuovo viaggio si ridestò il dolore puntorio, e l' infiammazione, limitata in origine alla pleura, non tardò a propagarsi al parenchima polmonare. Il dolore pleuritico fu di brevissima durata. La peripneumonia rimasta sola venne combattuta con abbondanti salassi. In appresso, quando cessata era la febbre ed avveniva la risoluzione, si prescrisse con vantaggio il kermes, e la radice di poligala.

XIII. OSSERVAZIONE.

Un soffiatore di vetro, dell'età di diciott'anni, aveva già da otto giorni una lieve affezione catarrale di petto. Nella sera del 19 maggio 1824, si espose ad un freddo umido, per cui alla notte provò forti brividi di freddo, cui subentrò un calore intenso, e contemporaneamente sentì un dolore al lato destro del torace. Nella mattina del giorno successivo vomitava materie biliose, aveva una gran tosse con una espettorazione che non presentava alcun carattere. Per varii giorni visse in questo stato, finchè addì 13 giugno si determinò di andare allo spedale della Carità, ove alla nostra visita del giorno 14 rilevammo i seguenti sintomi.

Respirazione precipitata; sputi vischiosi o rossicci; lieve dolore al di sotto della mammella destra; suono ineguale a destra in avanti, nello spazio compreso tra la clavicola e la mammella, e posteriormente nella medesima estensione; respirazione bronchiale, e singolare rimbombo della voce sotto l'ascella destra, ed in corrispondenza della spina della scapola del medesimo lato. Diagnosi: *epatizzazione del lobo superiore del polmone destro*. Polso frequente e piccolo, lingua più rossa dell'ordinario; aumento di sensibilità alla regione epigastrica (*Salasso d'una libbra*; *bevande ammollienti*; *dieta*).

Nei giorni 15 e 16 non si osservò verun cangiamento nei fenomeni del petto. Diminuì il rossore della lingua, e si stabilì una legger diarrea (*Secondo salasso*).

Nel giorno 17 il suono era meno ineguale; la respirazione bronchiale meno evidente; cessò il rimbombo della voce; in alcuni punti udivasi il rantolo crepitante;

la respirazione era più libera, gli sputi erano ancora rossicci e meno vischiosi.

Nei successivi cinque o sei giorni, in diversi punti del lobo superiore del polmone destro si stabilì a poco a poco il mormorio naturale d' espansione polmonare; scomparve ogni ineguaglianza di suono; gli sputi si ridussero ancora allo stato semplicemente catarrale, ed in breve l' ammalato ricuperò pienamente la sua primiera salute.

Questa osservazione, considerata nel rapporto dei sintomi, presenta un caso analogo a quello dell' osservazione XII. Qui l' infiammazione era limitata soltanto al lobo superiore del polmone. La località ove udivasi e la respirazione bronchiale, ed il rimbombo della voce, non lascia alcun dubbio intorno alla causa di questi due fenomeni, i quali non si possono in questo caso attribuire ad un' effusione.

XIV. OSSERVAZIONE.

Uno stampatore, dell' età di cinquantadue anni, di gracile costituzione, e di temperamento linfatico, venne, mentre attendeva a suoi lavori, improvvisamente assalito da violenti brividi di freddo, e poco dopo gli si sviluppò un dolore pungente in corrispondenza della mammella destra. Nei tre giorni successivi continuò il dolore con febbre, tosse, ed oppressione di respiro, e gli vennero applicate varie mignatte all' ano.

Quando fu da noi visitato questo infermo, nel quarto giorno di malattia, era coricato sul dorso, aveva la faccia pallida, i lineamenti della fisonomia alterati, ed un' estrema ansietà generale. Il dolore laterale non lo

molestava più tanto. Mediante frequenti sforzi di tosse espettorava una gran quantità di sputi vischiosi, trasparenti, rossicci, che potevansi ancora distaccare dal vaso. Il petto sotto la percussione mandava un suono ineguale anteriormente a destra nello spazio compreso tra la clavicola e la mammella, e posteriormente al medesimo lato nella fossa sotto-spinosa della scapola. In questi medesimi punti udivasi un debole rantolo crepitante, non frammisto a verun mormorio d'espansione polmonare (passaggio dal primo al secondo grado dell'infiammazione). Il polso era frequente, sviluppato, la pelle calda e secca (*Venti mignatte al lato destro*, *salasso di sedici once*; *bevande ammollienti*).

All'indimani 3 maggio, quinto giorno di malattia, asseriva di sentire un dolore vivo, che aumentava sotto la pressione e la percussione, immediatamente al di sotto della clavicola destra; la cute era umida di sudore. Fino dal giorno dell'invasione della peripneumonia ogni notte questo infermo sudava. Il sangue estratto nel giorno antecedente presentava un coagulo piccolo, coperto di una densa cotenna, e circondato da molta sierosità (*Salasso di sedici once*).

Nei giorni sesto e settimo diminuì l'affanno di respiro, scomparve il dolore sotto-clavicolare, gli sputi erano analoghi a quelli della bronchitide acuta. Il polso era meno frequente, e la cute meno calda. Ogni notte poi sudava; ciò non pertanto il suono del petto continuava ad essere ineguale, e non si rimetteva il mormorio naturale della respirazione (*Due vescicanti alle gambe*, *looch con kermes*, *infuso di viole*, *tre brodi*). Nei giorni successivi, alleggerita era l'oppressione di respiro, la tosse era accompagnata da un' espettorazione puramente catarrale, il polso ben poco frequente, e la cute

non più tanto calda. Questi sintomi indicavano il passaggio della peripneumonia allo stato cronico; ed infatti il suono non udivasi ancora chiaramente al di sotto della clavicola destra. In questo medesimo punto al mormorio d' espansione polmonare si sostituì una specie di mormorio di soffietto ben distinto (respirazione bronchiale), ed il rimbombo della voce era tale, che simulava la pettoroloquia. Molte persone opinarono infatti, che in questo individuo si fossero ammolliti i tubercoli nel corso della peripneumonia, e che si fosse formata un' incavatura verso la sommità del polmone destro. — Per quindici giorni l' infermo rimase in uno stato stazionario; in seguito meno distintamente udivasi il mormorio di soffietto ed il rimbombo della voce, e contemporaneamente si cominciò a sentire sotto la clavicola destra, e nella fossa sotto-spinosa il mormorio di espansione polmonare, non frammisto ad alcun rantolo crepitante. Verso la fine di luglio, il mormorio respiratorio ivi era sì forte e chiaro come negli altri punti del torace, e scomparve ogni apparenza di pettoroloquia. A gradi pure cessarono la tosse, l' oppressione di respiro, e tutti gli altri sintomi morbosi; ed ai primi d' agosto era pienamente rimesso in salute.

In questo caso ritroviamo, che i due fenomeni della respirazione bronchiale, e del rimbombo della voce sono assai più distinti, che in ciascuna delle precedenti osservazioni. L'epatizzazione completa del polmone destro, passata allo stato cronico ne rende bastevolmente ragione. Noi non siamo d' avviso che siasi formata un' escavazione tubercolare, la quale si fosse poi cicatrizzata; poichè ammettendo questa ipotesi, avrebbesi dovuto ritrovare negli sputi gli avanzi dei tubercoli, e

ad una determinata epoca si sarebbe sentito un forte gorgolio in luogo del mormorio di soffietto; nè si avrebbe potuto ottenere la guarigione con tanta prontezza e facilità. È poi da notarsi che in questo caso non si manifestò verun rantolo crepitante quando cominciò ad effettuarsi la risoluzione, e soltanto si udì il mormorio d' espansione polmonare, il quale, debole in sulle prime, andò a poco a poco aumentando in forza. Gli sputi non erano più caratteristici fino dal momento, che la peripneumonia passò allo stato cronico; il che osservasi comunemente nella maggior parte dei casi.

XV. OSSERVAZIONE.

Un falegname, di trentatrè anni, godeva abitualmente ottima salute, quando, essendosi esposto ad una corrente d' aria, mentre grondava di sudore, nel giorno 16 marzo cadde ammalato. Nella sera di questo dì fu preso da brividi di freddo; bevette del vino caldo, e durante la notte sudò moltissimo. Addì 17, aveva una tosse frequente ed umida, e nel 18, terzo giorno di malattia, cominciò a sentire un legger dolore al disotto della mammella destra; prese un emetico. Nel quarto giorno gli sputi erano tinti di sangue, ciò nondimeno il malato non volle starsene a letto; fece a piedi un lungo cammino per consultare un medico, il quale gli suggerì d' applicare dodici mignatte al lato destro del petto; ma non eseguì quanto gli venne consigliato. Alla sera del sesto giorno entrò nello spedale della Carità, ove gli si fece tosto un salasso, ed alla mattina del dì successivo da noi visitato, vi riscontrammo i seguenti sintomi.

Faccia rossa ed abbattuta: decubito dorsale; respirazione frequentissima; voce anelante; grave oppressione;

dolore sensibile sotto la percussione al disotto della mammella destra; tosse frequente con espettorazione di sputi abbondanti, rossicci, riuniti in una massa gelatiniforme, che tenacemente attaccasi al vaso; suono ineguale a destra, in quasi tutta l' estensione del lobo inferiore; posteriormente a questo medesimo lobo, verso l' angolo inferiore della scapola, udivasi la respirazione bronchiale ed un rimbombo particolare di voce; anteriormente in ambedue i lati si sentiva il rantolo mucoso; in ogni altra parte del petto la respirazione si effettuava con forza e chiarezza; aveva un polso frequente e duro; ogni notte sudava; la lingua era alquanto secca, il ventre molle, l' alvo stitico.

Era evidente l' epatizzazione del lobo inferiore del polmone destro. L' estrema difficoltà di respiro, e l' epoca già innoltrata della malattia ne rendevano il pronostico molto infausto. Nell' intervallo di un' ora si istituirono due salassi, di dodici once di sangue per ciascuno. Il sangue del primo salasso, al pari di quello del giorno antecedente, presentò un piccolo coagulo circondato da molta sierosità, e coperto da un denso strato di cotenna. Il sangue del secondo salasso, eseguito nella stessa maniera del precedente, offrì un coagulo più largo e più molle, senza cotenna, e circondato da minor copia di siero. Dopo mezzo giorno gli si applicarono due vescicanti alle gambe (*Bevande ammollienti*, *cristeri purganti*).

Durante la notte andò in profuso sudore, e nella mattina dell' ottavo giorno trovavasi l' ammalato in calma; minore era l'oppressione di respiro, il dolore pleuritico poco sensibile, gli sputi presentavano il medesimo aspetto. Posteriormente a destra, al mormorio di soffietto (respirazione bronchiale), che si sentiva il giorno prima,

erasi sostituito un rantolo crepitante fortissimo; il suono era meno ineguale. Sembrava che la peripneumonia facesse passaggio dal secondo al primo grado. Il polso si manteneva ancor frequente, ma era più molle; moderato era il calore della cute; la lingua non appariva più sì rossa nè secca (*Vescicante al lato destro del petto; senapismi alle gambe da applicarsi alla sera, quindici grani d' ipecacuana in tre dosi, mezzo looch con due grani di kermes*). L' ammalato vomitò una volta, non ebbe alcuna evacuazione alvina, e sudò tutta la notte.

Nel nono giorno l' infermo si felicitava del grande miglioramento che andava acquistando già da quarantotto ore. La respirazione, sebbene ancora alquanto alta e frequente, era infinitamente più in calma, che non nei giorni precedenti; il malato non provava più verun senso di oppressione al petto; parlava liberamente; gli sputi erano di semplice catarro. Il petto sotto la percussione risonava uniformemente in ogni sua parte. Posteriormente a destra udivasi il naturale fremito della respirazione, frammisto di tempo in tempo ad un legger rantolo crepitante; il polso non era che mediocremente frequente; la cute presentava al tatto un dolce madore (*Medesime bevande*). Sudò profusamente in tutta la giornata.

Nel decimo giorno la respirazione era maggiormente affannosa; gli sputi divennero nuovamente vischiosi, ed aumentata era la frequenza del polso. A destra posteriormente il rantolo crepitante, più distinto che non nel giorno anteriore, mascherava in parte il mormorio d'espansione polmonare. L'infiammazione che sembrava essere quasi intieramente risolta, si esacerbò di nuovo (*Salasso di otto once, due senapismi da applicarsi alla sera, infuso di viole, looch semplice*). Il sangue

presentò un largo coagulo coperto di una sottile cotenna.

Nell' undecimo giorno svaniti erano i sintomi dell' esacerbazione, e l' infermo trovavasi nel medesimo stato come nel nono giorno. Si somministrarono dodici grani di mercurio dolce all' oggetto di vincere la stitichezza di ventre, e non se ne ottenne, che una sola scarica; alla sera andò in traspirazione.

Nel duodecimo giorno si rinnovò la dispnea accompagnata da sputi rossicci, dal rantolo crepitante, e da febbre (*Quindici mignatte da applicarsi all' ano*, *bevande ammollienti*).

Nei giorni decimo terzo, e decimo quarto migliorò di nuovo; diminuì la difficoltà di respiro; il rantolo crepitante era appena sensibile; gli sputi avevano l' aspetto del semplice catarro; il polso non era che leggermente frequente, e durante la notte continuava a sudare. Nel quindicesimo giorno sopraggiunse una nuova esacerbazione manifestatasi per il colore rosso-pallido degli sputi, per l' oppressione di respiro, e l'aumentata frequenza del polso (*Dodici sanguisughe da applicarsi all' ano*). All' indomani questi sintomi non esistevano più, e da quest' epoca non venne più interrotta la convalescenza da altra recidiva, ed il malato uscì dallo spedale in buon essere dopo trascorsi altri dodici giorni di cura.

Questa osservazione merita tutta l' attenzione; 1.° per la rapidità con cui si effettuò, verso il settimo giorno, la risoluzione dell' epatizzazione: 2.° per la frequenza delle ricadute, che avvengono nella convalescenza. Ognuna di queste recidive non consistè che nel ritorno del primo grado dell' infiammazione, ed ogni volta piccole emissioni di sangue, in relazione colla poca in-

tensità dei sintomi, bastarono a far retrocedere l'infiammazione rinascente.

Quando l'ammalato entrò nello spedale della Carità, era già in settima giornata di malattia; malgrado quest'epoca avanzata della flogosi, si istituirono in brevissimo tempo tre abbondanti salassi, e poche ore dopo si applicarono alle gambe varii vescicanti. Per l'influenza di questo metodo energico, in capo a ventiquattro ore si sostituì all'epatizzazione polmonare un semplice ingorgamento. In tale stato di cose Lerminier abbandonò il trattamento antiflogistico, e ricorse al metodo perturbatore e nel giorno successivo l'aria penetrava nelle vescichette polmonari quasi colla medesima libertà come nello stato fisiologico.

XVI. OSSERVAZIONE.

Un uomo, di ventisei anni, defformato da una grande deviazione laterale della colonna vertebrale, e che aveva abitualmente il respiro alquanto breve, venne assalito da forti brividi di freddo nella notte del 31 dicembre al primo gennaio 1823; dopo alcune ore vi sottentrò un forte calore, cominciò a sentire un vivo dolore, in corrispondenza della mammella destra, e gli si sviluppò una tosse secca. Bevette del vino caldo, e non trovando miglioramento si determinò di recarsi allo spedale della Carità, addì 3 gennaio, ove venne tosto salassato.

Alla mattina del giorno 4 presentava i seguenti sintomi. Faccia pallida, alterazione dei lineamenti, dilatazione delle pinne del naso ad ogni movimento inspiratorio; decubito dorsale; sul fianco destro non poteva assolutamente appoggiarsi; vivo dolore in corrispondenza della mammella destra, che aumentava sotto la pres-

sione, l' inspirazione, e la tosse; respirazione accelerata, anelante; parlava con parole brevi ed interrotte; tosse frequente; sputi vischiosi, rossicci, trasparenti, che non si distaccano dal vaso; ineguaglianza del suono a destra posteriormente e lateralmente, dall' angolo inferiore della scapola sino alla base del torace. In questa medesima parte udivasi un rantolo crepitante, debole, non frammisto a verun mormorio d' espansione polmonare (unione di ingorgamento e di epatizzazione). Polso frequente e pieno, pelle calda e secca, lingua alquanto rossa, sete, stitichezza d'alvo (*Trenta mignatte al lato destro, salasso di dodici once, cristere di decotto di malva avvalorato con un oncia per sorta di foglie di senna, e di solfato di soda, bevande ammollienti*). Il sangue presentò una densa cotenna.

Nel quinto giorno minore è il senso d' oppressione al petto; nondimeno la respirazione è ancor breve e frequente; gli sputi ancor vischiosi, sono però meno rossi. Sudò per la prima volta nel corso della notte: all' oggetto di attivare maggiormente la traspirazione cutanea si prescrissero *dodici grani di polvere del Dower da prendersi in due dosi.* Inoltre si ordinò un salasso di otto once di sangue. Alla sera ebbe un'esacerbazione fortissima, durante la quale aumentò sino all' estremo la difficoltà di respiro, e nel corso della notte sudò alquanto.

Nella mattina del sesto giorno era ancora nel medesimo stato (*Due senapismi da applicarsi alle gambe*). Non sudò più per tutta la notte.

Nel settimo giorno il misero infermo trovavasi in uno stato ancor peggiore. Massimo era l' affanno di respiro; gli sputi erano assai vischiosi, ed intensamente rossi; sotto la percussione udivasi un suono molto ineguale in

tutta la parte inferiore destra del torace, ove pure non si sentiva nè il rantolo, nè veruna respirazione bronchiale, o vescicolare. Nel lobo superiore destro, ed in tutto il lobo sinistro fortissimo era il mormorio respiratorio; aveva un polso assai frequente e duro. Non potevasi mettere in dubbio l'esistenza di una forte epatizzazione di una gran parte del polmone destro, per cui il pronostico era oltremodo infausto (*Salasso di dodici once, due vescicanti alle gambe*). Il sangue presentò ancora un' alta cotenna. Non sudò più.

Nell'ottava giornata persistevano i sintomi del dì antecedente, ai quali si aggiunse un estremo pallore della faccia con alterazione de' suoi lineamenti, appannamento degli occhi, e debolezza di polso (*Otto mignatte da applicarsi all' ano, senapismi alle gambe, decotto di poligala, infuso di viole*).

Nel nono giorno continuava nel medesimo stato (*Largo vescicante al lato destro del petto, medesime bevande*).

Nel decimo giorno l' ammalato trovavasi in miglior essere senza che vi abbia preceduto verun sudore; la respirazione era infinitamente più libera; gli sputi meno rossi e meno vischiosi; di nuovo si manifestò il rantolo crepitante in molti punti del lobo inferiore del polmone destro.

Nell' undecimo giorno l' infermo va sempre più migliorando, può parlare con libertà; la respirazione, sufficientemente in calma quando l'ammalato sta coricato in posizione dorsale, si accelera sensibilmente ogni volta che si sforza di sedere sul proprio letto; gli sputi leggermente vischiosi hanno perduta la loro tinta rossiccia. Sentesi a destra posteriormente e lateralmente un forte rantolo crepitante; il suono è meno ineguale;

il polso poco frequente, i lineamenti della fisonomia sono più regolari. Sudò leggermente nel corso della notte. È evidente, che la peripneumonia ripassa dal secondo al primo grado (*Infuso di viole, decotto di poligala con gomma, pozione gommosa con aggiunta di un'oncia di siroppo d'ipecacuana; otto grani di polvere del Dower; due senapismi da applicarsi alle gambe verso sera*).

Nel dodicesimo giorno sudò moltissimo; ma nel resto era ancora nel medesimo stato del dì antecedente.

Nel decimo terzo giorno di malattia udivasi un fortissimo rantolo crepitante nel polmone destro; questo lato del petto sotto la percussione era meno sonoro che non nei giorni anteriori; la respirazione è in calma quando il malato sta immobile nel proprio letto, ma rendesi affannosa ogni volta che si muove. La cute è madida di scarso sudore; il polso è leggermente frequente (*Quattro grani di kermes nella pozione gommosa invece del siroppo d' ipecacuana*).

Nel quattordicesimo giorno sopraggiunse la diarrea. (*Si sospese l' uso del kermes, e della polvere del Dower*).

Nei giorni successivi cessa a poco a poco di farsi sentire il rantolo crepitante; la respirazione ritorna al suo stato naturale; le pareti toraciche sono ugualmente sonore in ambedue i lati; il polso non è più frequente, rinasce l' appetito, si rimettono le forze, e nei primi giorni di febbraio l'ammalato abbandona l'ospedale perfettamente ristabilito in salute.

All' epoca in cui l' infermo venne ricoverato nello spedale, l' ineguaglianza del suono, la debolezza del rantolo che udivasi, e contemporaneamente la man-

canza di ogni mormorio d' espansione polmonare, e la grande vischiosità degli sputi, indicavano colla massima evidenza, che trattavasi di un' infiammazione giunta al secondo grado. L'estrema difficoltà di respiro, che provava l' infermo, ne rendeva il pronostico infausto. Nei due giorni successivi, malgrado i salassi istituiti, sembrò che l' epatizzazione rimanesse stazionaria, quantunque diminuita fosse l' oppressione di respiro. Questa diminuzione della dispnea senza una corrispondente remissione dell' infiammazione, sembrava essere un' effetto meccanico delle sottrazioni sanguigne. È appunto in questo modo, che nei casi d' aneurisma del cuore, un abbondante salasso serve a diminuire l' oppressione di respiro quantunque insufficiente sia a togliere il vizio organico.

Nel settimo giorno più non si sentì il rantolo crepitante debolissimo che esisteva al lato destro; non vi si sostitui però il mormorio d' espansione polmonare; ma neppure udimmo la respirazione bronchiale; applicando l' orecchio al petto, si sentiva sollevarsi le pareti toraciche senza che si intendesse suono alcuno. Quindi la *respirazione* bronchiale, che abbiamo veduto nei casi precedenti accompagnare l'epatizzazione, non è un sintomo necessario; può essa mancare, tanto in ragione del grado dell'epatizzazione, quanto per il rapporto in cui sono i grossi bronchi colla sede dell' epatizzazione. Fintanto che esisteva una forte reazione si istituirono abbondanti salassi; in appresso si applicarono replicatamente le mignatte, e specialmente si insistette nell'uso dei rivellenti, prescrivendo inoltre delle bevande toniche (*Decotto di poligala*). Un manifesto miglioramento si osservò immediatamente dopo l'applicazione di un largo vescicante al lato affetto. Se invece

questa applicazione si fosse fatta in epoca meno avanzata della peripneumonia, sarebbe stata oltre modo nociva. Si continuò a sentire il rantolo crepitante lungo tempo dopo che gli altri sintomi morbosi erano scomparsi; quindi l'infiammazione polmonare non era ancora compiutamente risolta. Soventi fissiamo la nostra attenzione su questo punto, che è della massima importanza. Finchè durò questo rantolo, il malato, la di cui respirazione sembrava libera quando era coricato ed immobile, non poteva alzarsi senza che insorgesse la dispnea. È appunto da questa differenza notevolissima nella libertà del respiro che presenta un individuo nel riposo, o nel moto, che Stoll scopriva l'esistenza delle peripneumonie latenti; delle quali doveva esserne oscura la diagnosi in un'epoca in cui non si faceva uso della percussione, nè conoscevasi il metodo dell'ascoltazione.

XVII. OSSERVAZIONE.

Un portiere, dell'età di cinquantatrè anni, avendo passato la giornata del 17 dicembre nel suo ufficio, improvvisamente alla sera gli insorse un vivo dolore alla parte anteriore destra del petto, e si estendeva dalla terza sino alla settima od ottava costa. Ad ogni movimento inspiratorio questo dolore aumentava a segno da essere insoffribile e continuò per tutta la notte. A nulla giovò l'applicazione di panni caldi, e di cataplasmi ammollienti, di cui si fece uso nei giorni 17 e 18. Era l'infermo frequentemente molestato da tosse, senza poter mai espettorare. — Nel giorno 19 dopo mezzodì sentì per la prima volta forti brividi di freddo, e poche ore dopo un estremo calore in tutta la persona senza

che la cute esalasse il benchè minimo sudore. — Nel 20 e 21 diminuito era il dolore; la tosse s'era fatta frequente e secca. — Nel 22 gli sputi erano tinti di sangue. In questo giorno entrò nello spedale della Carità, e nel 25 presentava il seguente apparato di sintomi.

Faccia pallida; movimenti liberi; non poteva decumbere che sul dorso, o sul lato destro; aveva una tosse quasi continua; gli sputi erano riuniti in una massa trasparente e gialliccia, ed inclinando il vaso si distaccavano con difficoltà. Il dolore non lo molestava che durante la tosse, e sotto le grandi inspirazioni. Il malato non si accorge di avere la respirazione affannosa, quantunque sia dessa breve e frequente. Sotto la percussione il petto è alquanto meno sonoro dell' ordinario nell' estensione di tre o quattro dita trasverse al di sotto della clavicola destra; ed in questo medesimo spazio si sente il rantolo crepitante; in ogni altra parte la respirazione si eseguisce con chiarezza, ma con gran forza; il polso è frequente e pieno; avvi molta sete ed anoressia; il ventre è indolente, e l'alvo stitico.

Dal complesso di questi sintomi non potevasi non riconoscere l' esistenza di una infiammazione della sommità del polmone destro, e della porzione di pleura corrispondente. Sembrava che la pleuritide fosse stata per due giorni isolata, e non esservisi associata la peripneumonia che verso la fine del terzo giorno dall'epoca dell' invasione del freddo febbrile. Dai sintomi però si rilevava che questa peripneumonia stava già per passare dal primo al secondo grado (*Salasso di sedici once*, *bevande e cristeri ammollienti*). Il sangue presentò una densa cotenna a margini rialzati.

All' indimani 24 intieramente cessato era il dolore; diminuita la frequenza della respirazione; la tosse as-

sai più rara; gli sputi erano leggermente vischiosi e non più tinti in rosso. Dalla percussione e dall' ascoltazione si rilevavano ancora i medesimi fenomeni. Nondimeno la fisonómia del malato esprimeva l'abbattimento; il polso era frequente e debole, la cute non tanto calda (*Due vescicanti alle gambe*).

Nel 25 si esacerbarono tutti i sintomi, aumentò al massimo la difficoltà di respiro; gli sputi erano intensamente rossi ed assai vischiosi; percuotendo il petto sotto la clavicola destra udivasi un suono molto ineguale, ed in questo medesimo punto si sentiva il rantolo mucoso. Da questi fenomeni risultava ad evidenza, che l'infiammazione aveva preso maggior vigore; la qualità del suono indicava l' avvenuta epatizzazione; il rantolo mucoso, dipendente dalla raccolta di una gran quantità di muco nei bronchi non permetteva di riconoscere lo stato del parenchima polmonare mediante l' ascoltazione (*Salasso di otto once*). Il sangue si mostra ugualmente cotennoso a guisa di quello del primo salasso.

26. — La respirazione è più libera: gli sputi sono meno rossi e meno vischiosi; il suono è ancora ineguale, insiste il rantolo mucoso; il polso è mediocremente frequente; la cute è in traspirazione (*Bevande ammollienti*).

27 e 28. — Il miglioramento va sempre più aumentando, continua il sudore.

29. — Sputi di semplice catarro; suono ancora alquanto ineguale sotto la clavicola destra, ove altro non sentesi che il rantolo mucoso. Il polso è leggermente frequente. L' infermo non prova alcun senso d' oppressione al petto; nondimeno non poteva ancora fare profonde ispirazioni, e quando si moveva, il respiro dive-

niva alquanto anelante (*Decotto di radice di poligala, che fu continuato anche nei giorni successivi*).

A poco a poco, sino ai 5 di gennaio, si ristabilì il suono normale del petto; al rantolo mucoso si sostituì il mormorio naturale della respirazione, a misura che diminuiva la quantità degli sputi espettorati. Riacquistò la facoltà di fare delle profonde inspirazioni, la tosse cessò, e verso il 10 gennaio l'ammalato fu pienamente rimesso in salute.

Nel riferire questa osservazione ci siamo specialmente trattenuti intorno alle circostanze, che la rendono meritevole di tutta l'attenzione. Essa diversifica dalla precedente in ciò, che qui l'ascoltazione non fu che un mezzo secondario per riconoscere lo stato del parenchima polmonare. È bensì vero, che nei primi giorni si sentì il rantolo crepitante; ma dopo quella specie di ricaduta del giorno 25, la miscela dell'aria con molta copia di mucosità nei bronchi del lobo superiore del polmone determinò un rantolo, che mascherava ogni altro suono: questa circostanza è ben lungi dall'essere rara, e più volte ci impedì di trar partito dall'ascoltazione per stabilire la diagnosi della peripneumonia. Anteriormente al giorno 25 parve che l'ingorgo infiammatorio predominasse assai sull'epatizzazione, la quale invece era molto più manifesta dal 25 al 28 come lo provò la grande ineguaglianza del suono. Qui pure svanirono i diversi sintomi razionali della peripneumonia, prima che cessasse quello che indicava l'epatizzazione; e sembrava che questa esistesse ancora in alto grado, quando non vi era più febbre, nè sputi caratteristici, nè dispnea sensibile nel riposo e nelle inspirazioni ordinarie.

Le due emissioni di sangue, e specialmente la seconda, vennero presso questo individuo istituite in un' epoca già avanzata della malattia. Non è ancor lungo tempo da che la più o meno antica data dell' infiammazione polmonare serviva di guida ai pratici nell' uso del salasso. Pringle, il quale senza dubbio forma grande autorità in medicina, aveva stabilito per principio generale, che nella peripneumonia fa d'uopo astenersi dal salasso dopo il quinto giorno di malattia. L' avere i medici con scrupolo osservato questo precetto, fu certamente causa che non poche vittime si perdessero, e fors' anche avrebbe cagionato la morte dell' ammalato di cui trattiamo. Stoll, fra i primi, dimostrò, che onde determinare la necessità del salasso nelle flogosi polmonari, bisogna aver meno riguardo all' epoca della malattia, che non alla natura dei sintomi; lo stato della respirazione deve in ciò servirci principalmente di guida. Una forte dispnea richiede assai più imperiosamente una sottrazione di sangue di quello che ne sia una contro-indicazione la debolezza del polso. Quante volte, in fatti, non vedesi il polso, piccolo e debole avanti il salasso, rialzarsi improvvisamente, quando in seguito ad una larga emissione di sangue, siasi fatta più libera la respirazione. Frequentemente pure, dietro un' abbondante perdita di sangue, vedesi la cute, arida sino allora, coprirsi di sudore copioso e salutare. Ciò nondimeno qualunque sia il vantaggio che nella peripneumonia si ottiene da generosi e ripetuti salassi, non bisogna però dimenticare che il metodo antiflogistico spinto troppo in là, e continuato per troppo lungo tempo non è scevro di gravi inconvenienti. Quando l' infiammazione tende a passare allo stato cronico, l' applicazione dei rivel-

lenti alla cute, e l' uso interno di leggeri stimolanti, ne favoriscono in modo singolare la risoluzione; il che ampiamente è comprovato da molte fra le precedenti osservazioni (22).

XVIII. OSSERVAZIONE.

Una donna, dell'età di cinquantaquattro anni, era affetta, già da sei settimane all'incirca, da lieve bronchitide. Verso la metà di gennaio la tosse si fece ancor più frequente e penosa. Nella mattina del 18 le si sviluppò un vivo dolore al di sotto della mammella destra accompagnato da oppressione di respiro, da tosse quasi continua e secca, da una sensazione di calore ardente in tutta la persona, senza che siano preceduti brividi di freddo. In questo stato rimase nei giorni 19 e 20, bevendo del vino caldo a cui erasi aggiunto dello zucchero e della cannella. Nel 21 meno sensibile era il dolore, ed aveva gli sputi leggermente tinti di sangue; nel 22 aumentata era l' oppressione del respiro, e vomitò il vino caldo per cui rinunciò all' uso di questa nociva bevanda. Ricevuta nello spedale della Carità nella sera del 23, le si fece all' istante un salasso; il sangue era cotennoso. Nel giorno 24 (sesto giorno dalla comparsa del dolore) al nostro esame si presentò nello stato seguente:

Movimenti inspiratorii brevi e frequentissimi; voce anelante; sputi rossicci, riuniti in una massa gelatiniforme e trasparente, che attaccasi tenacemente al vaso; suono ineguale a destra anteriormente nello spazio compreso tra la clavicola e la mammella, e posteriormente nelle fosse sopra e sotto-spinose. Applicando l' orecchio al di sotto della clavicola destra odesi un rantolo

crepitante debole senza alcun mormorio d' espansione polmonare; posteriormente sotto l' ascella si sente la respirazione bronchiale; in ogni altra parte del petto il mormorio d' espansione polmonare è fortissimo, e frammisto in diversi punti ai rantoli mucoso e sibiloso (rantoli bronchiali): il dolore pleuritico non lo molesta che durante la tosse, o quando si percuote o comprime quella parte del petto; il polso è frequente e debole, la pelle calda, costantemente secca; la lingua arida, alquanto più rossa dell' ordinario; il ventre è molle ed indolente; ha una legger diarrea; la faccia è gialliccia ed abbattuta; decombe costantemente sul dorso. Malgrado l' epoca avanzata della malattia, e la piccolezza dei polsi Lerminier prescrisse un salasso di dodici once. Immediatamente dopo il salasso fece applicare due vescicanti alle gambe.

Nel settimo giorno aumentata era la difficoltà di respiro; nel resto trovavasi nel medesimo stato del dì antecedente (*Salasso di otto once, senapismi da applicarsi alla sera*).

Nell' ottavo giorno estremo è l' affanno di respiro, l'ammalata non espettora più. In tutta l' estensione del petto sentesi il rantolo mucoso, prodotto dalla raccolta della materia degli sputi nella cavità dei bronchi; il polso è frequentissimo e cedevole sotto la minima pressione; la cute è quasi priva di calore (*Vescicanti alla parte anteriore del torace; decotto di poligala; looch con due grani di kermes*).

Nel nono giorno sentesi il rantolo tracheale; i lineamenti della fisonomia sono profondamente alterati: il polso è debolissimo, intermittente; la lingua rossa e secca; fredde sono le estremità. Nella notte successiva cessò di vivere.

Sezione del cadavere

Epatizzazione rossa del lobo superiore del polmone destro; il suo tessuto si lacera con somma facilità, ha un aspetto granulare, e posto nell' acqua vi precipita. Le altre parti del parenchima polmonare presentano un ingorgo sieroso-sanguinolento, che sembra essersi formato durante l' agonia. I bronchi sono generalmente rossi, e le loro cavità piene di liquido. Alcune concrezioni albuminose membraniformi coprono le pleure polmonare, e costale, le quali però non hanno ancora contratto tra di loro veruna aderenza. Il cuore contiene un sangue nerastro, in parte coagulato. La membrana mucosa gastrica presenta nel fondo ceco una viva iniezione, con lieve ammollimento del suo tessuto. L' estremità dell' intestino tenue, e l' intestino ceco sono parimenti iniettati.

La sezione di questo cadavere non lascia alcun dubbio intorno la relazione da noi stabilita nelle precedenti osservazioni, tra lo stato dei polmoni, ed i segni somministrati dall' ascoltazione, dalla percussione e dagli sputi. I segni riconosciuti per mezzo dell' ascoltazione erano manifestamente caratteristici la prima volta che abbiamo veduto l'inferma; nei giorni successivi non ebbero più alcun valore, a motivo del rantolo dei bronchi, che non ci lasciò più distinguere cosa alcuna.

Quando questa donna venne ricoverata nello spedale della Carità era certamente in uno stato il più deplorabile; nondimeno ci parve, che non fosse più gravemente affetta di molti altri ammalati di cui precedentemente riferimmo la storia, e che guarirono perfettamente. Si

istituirono alcuni salassi, la malattia era in uno stadio parimenti avanzato; sembrava che i polmoni fossero nel medesimo stato; grande era pure la debolezza del polso. In quelli dopo il salasso l' intensità della flogosi andò diminuendo, si svilupparono i polsi e si rianimarono le forze. In questo caso al contrario nè i salassi, nè i vescicanti nè l' uso interno degli stimolanti non furono di alcun giovamento. Posta nelle medesime condizioni, trattata col medesimo metodo di cura, per qual motivo questa donna non ricuperò al pari degli altri individui la primiera salute? Tale questione è insolubile nello stato attuale della scienza. Ripetiamo con Ippocrate: *In acutis morbis non omnino tutae sunt praedictiones neque mortis, neque sanitatis.*

Ritroviamo in questo caso per la prima volta un esempio di soppressione degli sputi; circostanza d' ordinario sfavorevole, ed indizio quasi infallibile di un esito fatale. La materia accumulata nei bronchi costituisce la causa primaria dell' asfissia in persone nelle quali una parte più o meno estesa del parenchima polmonare è già fatta impermeabile all' aria.

XIX. OSSERVAZIONE.

Un uomo, dell' età di cinquant' otto anni, entrò nello spedale della Carità, addì 9 di marzo. Già da tre giorni soffriva un vivo dolore al di sotto della mammella sinistra, aveva difficoltà di respiro, ed una tosse secca. Quando lo visitammo per la prima volta (addì 9 marzo) udivasi un forte rantolo crepitante in quasi tutta l' estensione del lobo inferiore del polmone sinistro; e percuotendo il petto in questa medesima parte era meno sonoro, che non a destra. L' infermo, tormentato dal bi-

sogno di tossire, non osava di soddisfarvi nel timore di aumentare il suo dolore. Gli sputi vischiosi e trasparenti contenevano qualche striscia di sangue; la dispnea era di poco momento; il polso frequente e pieno, la pelle calda e secca, la lingua bianchiccia; aveva gran sete (*Venti mignatte d' applicarsi al lato sinistro. Salasso di sedici once. Bevande ammollienti*). Il sangue, uscito a stenti della vena, non presentò cotenna.

10 (quarto giorno), maggiore difficoltà di respiro; sputi più rossi ed assai vischiosi; rantolo crepitante debole, non frammisto a verun mormorio d' espansione polmonare in tutta l' estensione del lobo inferiore del polmone sinistro; rantolo crepitante di poca intensità, che ad intervalli udivasi unitamente al mormorio naturale della respirazione nel lobo superiore di questo medesimo lato; suono ineguale nello spazio compreso tra l' angolo inferiore della scapola sinistra sino alla base del torace. Questi sintomi indicavano, che la flogosi faceva passaggio al secondo grado nel lobo inferiore, che il superiore in alcuni punti ne era affetto in primo grado. L'infermo era ancor dotato di molta forza, per cui Lerminier prescrisse due salassi, uno alla dose di venti once da farsi immediatamente, e l' altro di dodici once, che venne istituito alla sera. Il sangue, essendosi estratto da una larga apertura, presentò in ambedue una densa ed alta cotenna.

Nel quinto giorno non si osservò variazione alcuna nei sintomi (*Bevande ammollienti*). Nel sesto giorno aveva un' estrema difficoltà di respiro, gli sputi erano vischiosissimi e di un rosso vivo; udivasi il mormorio della respirazione bronchiale ed una particolare modificazione del rimbombo della voce (*broncofonia*), in corrispondenza dell' angolo inferiore della scapola sinistra; in

questo medesimo punto il suono prodotto dalla percussione era molto ineguale. Anteriormente da questo lato tra la clavicola e la mammella, lateralmente nelle cavità delle ascelle, e posteriormente immediatamente al di sopra ed al di sotto della spina dell' omoplata, si sentiva un rantolo crepitante fortissimo frammisto al mormorio d' espansione polmonare. Il polso conservava ancora una forza esorbitante, e la pelle la sua siccità. Questa infiammazione era ancora nel più alto grado di energia, e quantunque sembrasse che niun vantaggio si fosse fino allora ottenuto dalle fatte sottrazioni di sangue, era però da sperarsi, che sottraendo nuova quantità di sangue si arrivasse ad arrestare i progressi della flogosi (23) (*Salasso di* 16 *once*). Sangue molto cotennoso.

Settimo giorno: applicando l' orecchio ai punti ove nel giorno antecedente esisteva la respirazione bronchiale, non udivasi più alcun suono nè fisiologico, nè morboso; il che indicava avere ulteriormente progredito l' epatizzazione. Gli altri sintomi erano ancora i medesimi (*Salasso di otto once*, *due vescicanti alle gambe*). Nel corso della notte l' infermo andò in delirio.

Nell' ottavo giorno si ridestò il dolore pleuritico; gli sputi sono scarsi e di un colore bigio sporco; la fisonomia è alterata ne' suoi lineamenti; il polso è frequentissimo, e facilmente cede sotto la pressione; la cute è quasi priva di calore; sopraggiunse la diarrea (*Vescicanti al lato sinistro*, *decotto di poligala*, *looch con tre grani di kermes*). — Nella notte si rinnovò il delirio.

Nel nono giorno imminente era la soffocazione, non aveva più forza da espettorare. Rantolo mucoso in ambedue i lati del petto (*Due senapismi alle ginocchia*).

Decimo giorno : rantolo tracheale , agonia , e morte poche ore dopo la visita.

Sezione del cadavere.

Epatizzazione rossa del lobo inferiore del polmone sinistro, ingorgamento sanguigno del lobo superiore; concrezioni albuminose membraniformi sulle pleure costale, e polmonare di questo lato ; effusione nella pleura di un bicchiere di sierosità rossiccia. — Cavità destre del cuore distese da coaguli di sangue. — Iniezione sottomucosa nel canale intestinale. Rossore della stessa membrana mucosa verso l' estremità inferiore dell' intestino tenue , e del ceco.

In questo ammalato abbiamo potuto precisamente giorno per giorno seguire i progressi dell' alterazione del parenchima polmonare. Da principio l' infiammazione non esisteva che nel lobo inferiore , ove si sentiva un rantolo crepitante debole , senza verun mormorio d' espansione polmonare, ed a quest' epoca il suono era ineguale e gli sputi vischiosissimi. Non eravi adunque dubbio alcuno sull' esistenza di un incipiente epatizzazione. In appresso, sempre nel medesimo luogo, si manifestò la respirazione bronchiale , e più tardi ancora ivi più non si sentiva veruna specie di suono ; potevasi quindi asserire che l'epatizzazione era completa e molto estesa. — Nel lobo superiore l' ingorgo sempre crescente, ma che non arrivò sino all' epatizzazione , si manifestò per mezzo del rantolo crepitante , il quale non cessò mai di farsi sentire , e divenne di giorno in giorno più forte in ragione diretta della diminuzione del mormorio d' espansione polmonare. Finalmente avvenne che

la raccolta di una gran quantità di liquido nei bronchi diede origine ad un rantolo mucoso fortissimo il quale non permise di riconoscere per mezzo dell' ascoltazione lo stato del parenchima polmonare.

Facciamo osservare, che in questo ammalato, come nei precedenti, la cute si mantenne costantemente secca; circostanza sempre sfavorevole nelle infiammazioni dei polmoni. Si rifletta al numero ed all' abbondanza delle sottrazioni sanguigne, usate da prima sole, e successivamente in concorso coi rivellenti. Finalmente giunse un' epoca della malattia, in cui non potevasi far uso che soltanto di questi ultimi mezzi. Nel riferire questa osservazione abbiamo procurato di far distinguere questi diversi periodi.

XX. OSSERVAZIONE.

Un oste, dell' età di trentaquattro anni, dotato di robusta costituzione fisica, già da qualche tempo aveva la tosse, quando, nel giorno 15 gennaio venne salito da violenti brividi di freddo, che poche ore dopo si trasmutò in un ardente calore senza sudore. Contemporaneamente gli si aumentò la tosse, e gli sopraggiunse difficoltà di respiro. Nel giorno successivo gli sputi erano tinti di sangue. Nel 17 gli fu fatto un salasso, e nel 18 entrò nello spedale della Carità, dove, da noi esaminato, ci presentò i seguenti sintomi:

Respirazione breve, accelerata, ma che al malato sembrava poco affannosa; rantolo crepitante in corrispondenza della mammella destra, e che sentesi anche posteriormente nella parte inferiore della fossa sotto-spinosa; le pareti toraciche sotto la percussione sono ancor sonore quasi come allo stato normale; tosse fre-

quente; sputi gialli, mediocremente vischiosi; polso frequente e pieno; pelle calda e secca. Questo complesso di sintomi indicava l' esistenza di un' infiammazione poco estesa, ed ancora al primo grado (*Salasso di sedici once*, *bevande ammollienti*).

19. — Niuna variazione nei sintomi (*Salasso di otto once*). Dal 19 al 22, parve che l' infiammazione tendesse a poco a poco verso la risoluzione. Ogni notte sudava moltissimo, e furono specialmente assai abbondanti i sudori nella notte dal 21 al 22 (dal settimo all'ottavo giorno). In tutto questo intervallo di tempo non si fece uso che di una medicina aspettativa. Nell' ottavo giorno la respirazione era libera, l' espettorazione semplicemente catarrale, ed il polso ben poco frequente; ma si sentiva ancora un legger rantolo crepitante in corrispondenza dell' angolo inferiore dell' omoplata. Esisteva adunque ancora un residuo d' ingorgo, che esigeva qualche tempo di cura e di regime. Nel 23 questo rantolo persiste tuttora. Nel 24, l' infermo, che credevasi compiutamente guarito, va nella corte dello spedale, e si espone al freddo. All' indimani 25, si rinnovò la difficoltà di respiro, e gli sputi si tinsero nuovamente in rosso; udivasi un rantolo crepitante fortissimo in tutta l' estensione del lobo inferiore del polmone destro; intensa era la febbre (*Salasso di venti once*). Nel corso della giornata aumentò l' affanno di respiro, e non espettorava che colla massima difficoltà.

26. — Faccia livida, simile a quella di un asfitico, rantolo crepitante debolissimo, senza verun altro mormorio; suono ineguale in tutta l' estensione del lobo inferiore; respirazione anelante, polso frequentissimo (*Due salassi nel corso della giornata di dodici once per ciascuno*).

27. — Agonia, e morte verso sera.

Sezione del cadavere.

Epatizzazione rossa del lobo inferiore del polmone destro; niuna traccia di pleuritide; cuore pieno di sangue nerastro e coagulato; fegato ed intestina ingorgati di sangue.

Ecco un esempio sorprendente e funesto dei pericoli di un disordine nel regime prima della completa risoluzione d'una peripneumonia. Questa infiammazione in origine era stata d'indole assai benigna, e non aveva oltrepassato il primo grado. Dopo una durata di otto giorni erano cessati tutti i sintomi razionali, e non vi rimaneva che un legger ingorgo, che sembrava dover ben tosto scomparire. A quest' epoca l' ammalato commise un' imprudenza esponendosi all' azione del freddo. L' infiammazione polmonare improvvisamente riprende nuovo vigore, ed in poche ore passa dal primo al secondo grado. Nello spazio di due giorni l'epatizzazione si estese a tutto il lobo inferiore del polmone destro, e l' ammalato morì in un vero stato d'asfissia (24).

L' autopsia cadaverica non scoprì veruna traccia di infiammazione della pleura; l' infermo non aveva sentito alcun dolore puntorio ai lati.

XXI. OSSERVAZIONE.

Una donna dell'età di quarantasette anni, di gracile costituzione, entrò nello spedale della Carità addì 2 giugno 1822. Già da cinque o sei giorni era essa affetta da una pleuro-pneumonitide; soffriva un dolore in corrispondenza della mammella destra; aveva una tosse

secca da principio, ed in seguito accompagnata da sputi sanguigni con oppressione di respiro e febbre. Nel terzo giorno le furono applicate venti mignatte al lato dolente. Ricoverata nello spedale verso il quinto o sesto giorno di malattia questa donna presentava i segni dei due primi gradi della peripneumonia : sotto la percussione il petto mandava un suono ineguale, ed udivasi un rantolo crepitante senza verun mormorio d' espansione polmonare in quasi tutta l' estensione dei lobi inferiori, e medio del polmone destro; il rantolo crepitante era poi assai forte al di sotto della clavicola e nella fossa sopra-spinosa di questo lato, ed associato al mormorio d' espansione polmonare; gli sputi erano gialli, trasparenti, talmente vischiosi che a stento si potevano distaccare dal vaso; aveva un respiro accelerato, quantunque l' inferma dicesse di non soffrire grande affanno; più non sentiva il dolore pleuritico; il polso era frequente e debole, la pelle calda e secca; insorta era una legger diarrea senza verun altro segno d'infiammazione intestinale (*Salasso di sedici once, bevande ammollienti*). Il sangue estratto presentò un' alta e densa cotenna.

3 giugno. — Percuotendo il petto sotto la clavicola destra odesi un suono alquanto ineguale; in questo medesimo luogo sentesi un debole rantolo crepitante, senza verun mormorio d' espansione polmonare; aumentata è la difficoltà di respiro. Gli altri sintomi persistono nel medesimo stato (*Salasso di dodici once; alla sera due vescicanti da applicarsi alle gambe*).

4. — Suono più ineguale e respirazione bronchiale sotto la clavicola destra. Nelle altre parti di questo lato il suono è ancor più ineguale; non si sente nè rantolo

nè respirazione di sorta. Il polso è frequentissimo, piccolo; la cute non tanto calda.

5. — È soppressa ogni espettorazione; in tutto il lato destro si sente il rantolo mucoso, estrema è la difficoltà di respiro (*Vescicanti al petto*).

Nel corso della giornata andò in delirio, aumentò sempre più la difficoltà di respiro, e nella notte morì (verso il nono, o il decimo giorno di malattia).

Sezione del cadavere.

Epatizzazione rossa dei tre lobi del polmone destro: alcune sottili concrezioni albuminose si estendevano, sotto forma di filamenti, dalla pleura costale alla pleura polmonare del lato destro.

Le cavità destre del cuore sono fortemente distese da coaguli di sangue nerastro; la sostanza cerebrale è disseminata da un gran numero di parti rosse; la membrana mucosa dell' intestino crasso presenta varie macchie rosse.

È questo il primo esemplare che noi vediamo della epatizzazione di un intiero polmone. Quando l'ammalata entrò nello spedale della Carità, i segni somministrati dall'ascoltazione e dalla percussione indicarono l'esistenza di questa epatizzazione, non però completa nei lobi medio, ed inferiore; il lobo superiore non era che semplicemente ingorgato; nei giorni successivi rapidamente progredì verso l'epatizzazione; ma in questo lobo abbiamo riconosciuta l'avvenuta epatizzazione per il fenomeno della *respirazione bronchiale*; mentre che negli altri lobi, che sembravano affetti dalla medesima alterazione, non si manifestò questo mormorio caratte-

ristico. Crediamo utile l' insistere su queste differenze di segni, che presentano lesioni identiche, onde accostumarsi a ben riconoscerle qualunque sieno le gradazioni dei fenomeni, che le indicano.

Giova qui pure nuovamente riflettere come la grande vischiosità degli sputi fosse in rapporto diretto col grado dell' infiammazione; e come la difficoltà di respiro, già considerevolissima all' epoca dell' ingresso dell' ammalata nello spedale, abbia in seguito fatto continui progressi, ed indicasse un esito fatale, che l' estensione della flogosi doveva già far prevedere.

XXII. OSSERVAZIONE.

Un venditore di castagne, dell' età di trentatrè anni, entrò nello spedale della Carità, addì 18 dicembre 1822. Quest' uomo, fornito di una costituzione pletorica, già da qualche tempo andava soggetto a frequenti cefalee, a stordimenti passeggeri, ed all'epistassi. Nel giorno 16 dicembre nel levarsi dal letto provò un insolito mal essere, e nel corso della giornata fu molestato da forte cefalea, da susurro alle orecchie, e da un senso di ardore esteso a tutto il corpo (*pediluvio, dieta*). Nel 17 era ancora nel medesimo stato, ma giudicò conveniente di starsene a letto; e nel 18 presentò i seguenti sintomi: faccia rubiconda, occhi iniettati e brillanti; l' infermo sente le pulsazioni delle arterie temporali; cefalea frontale, senso generale di oppressione, stupidità di mente; polso frequente e pieno, pelle calda; lingua bianchiccia, e leggermente rossa ai margini; sete, anoressia; ventre molle ed indolente; stitichezza d' alvo; orine scarse e rosse; legger tosse.

Esaminando attentamente questo ammalato, non ab-

biamo potuto riferire a veruna affezione di un organo particolare i sintomi che osservammo; tutti gli organi sembravano essere simultaneamente la sede di un esaltato eccitamento, senza che vi esistesse in nessuna parte un vero processo flogistico. Questo stato morboso pareva giunto ad un grado maggiore della semplice pletora; volendo pur dare una denominazione a questo complesso di sintomi, l'abbiamo chiamato *febbre infiammatoria* (25). Venne prescritto un salasso di venti once, ed il sangue presentò un largo coagulo densissimo senza veruna cotenna. Dopo il salasso diminuì la cefalea, ma gli altri sintomi persistettero.

Nei giorni 19 e 20 aumentò la tosse, la quale lo prende ad insulti frequenti, e rassomiglia alla tosse che precede l'eruzione del morbillo. Nel resto trovasi nel medesimo stato (*Bevande ammollienti*, *pediluvio*, *dieta*).

Nella notte dal 20 al 21 l'ammalato venne risvegliato da un vivo dolore, che lo prendeva assai forte nello spazio tra la mammella destra e lo sterno, e di là si irradiava sino nel cavo dell'ascella. Nelle profonde inspirazioni, e sotto il più lieve movimento della persona il dolore aumentava a segno da essere intollerabile. — Nella mattina del 21 era esso così forte, che il malato non osava tossire quantunque ne sentisse un vivo e continuo bisogno. Non aveva espettorazione alcuna; la respirazione era breve, accelerata; non potevasi far uso della percussione; in ogni parte del petto sentivasi con chiarezza il mormorio inspiratorio. La febbre era intensa (*Trenta mignatte da applicarsi al lato destro del torace*) — 22, diminuzione del dolore, legger rantolo crepitante al disotto dell'angolo inferiore dell'omoplata del lato destro. Maggior difficoltà di re-

spiro, frequenza e pienezza di polsi (*Salasso di dodici once*).

23. — Sputi rossicci, trasparenti, vischiosi, respirazione sempre più affannosa, rantolo crepitante a destra in tutta l' estensione del lobo inferiore, ed a sinistra al disotto della clavicola come pure al disopra, ed al disotto della spina della scapola. Il petto sotto la clavicola sinistra era meno sonoro che non sotto la destra. Il sangue estratto nel giorno antecedente presenta un largo coagulo coperto di una densa cotenna. Lerminier prescrisse un nuovo salasso di sedici once. — Il sangue era cotennoso come quello del precedente salasso.

Nei giorni 24 e 25 il rantolo crepitante si fa sempre più distinto nei punti superiormente indicati, ed ivi diminuisce proporzionatamente il mormorio d'espansione polmonare, ed aumenta l'ineguaglianza del suono. Gli sputi divengono sempre più vischiosi e la respirazione si accelera maggiormente. Il malato coricato sul dorso non può moversi, nè adagiarsi sui lati senza provare un senso di soffocazione. Il polso sempre frequentissimo è più cedevole sotto la pressione. La pelle è calda e secca. Nel 24 si istituirono due salassi di dodici once per ciascuno; il sangue era in ambedue cotennoso. Nel 25 si rinovò ancora il salasso alla quantità di sei once di sangue, e si applicarono due vescicanti alle gambe.

26. — A destra ed a sinistra cessò ogni rantolo crepitante, e sotto la clavicola sinistra vi si sostituì la respirazione bronchiale con forte rimbombo della voce, ed a destra inferiormente un rantolo mucoso talmente considerevole che simula il gorgolio delle escavazioni tubercolari. Nei due lati il suono è molto ineguale. Estrema è l'oppressione di respiro; gli sputi scarsi ed emessi con difficoltà hanno l'aspetto di un pus denso, opaco,

di un color bigio rossiccio sporco, e stanno tenacemente attaccati al vaso. Il polso è frequente e debole; la pelle calda e secca. La faccia è di un colorito giallognolo (*Due vescicanti alle cosce; Loock con due grani di kermes*).

27. — Rantolò mucoso in ambedue i lati, continuano gli altri sintomi nel medesimo stato. — Soppressione totale degli sputi, dispnea estrema, lineamenti affilati e scomposti, estremità fredde. — Nella notte successiva cessò di vivere.

Sezione del cadavere.

Epatizzazione rossa del lobo inferiore del polmone destro e del lobo superiore del polmone sinistro. Concrezioni albuminose di recente formazione sulle pleure costale e polmonare del lato destro. — Cavità destre del cuore distese da sangue nerastro coagulato. Iniezione venosa della membrana mucosa gastro-enterica; ingorgamento sanguigno del fegato e della milza.

Questa osservazione somministra un esemplare di una doppia peripneumonia al secondo grado con infiammazione della pleura destra soltanto. L'invasione di questa malattia presenta circostanze degne dell'attenzione del pratico. In origine non si trattava che di un'affezione generale, di una specie di esagerazione dello stato pletorico, di una febbre infiammatoria; in questo stato di cose, niun organo era realmente infiammato; ma tutti sembravano vicinissimi alla vera infiammazione, come se tutti vi fossero disposti per l'eccessiva copia di sangue, che vi affluiva, e per la sua qualità troppo stimolante. L'emissione di sangue istituita in questa

prima epoca della malattia non fu di verun vantaggio, ed in breve, l'affezione fatta locale, risultò una pleuro-peripneumonia delle più gravi, sì che non valse un trattamento antiflogistico attivissimo a moderarla, e ad arrestarne i funesti progressi. Questa osservazione comprova quanto abbiamo già altrove asserito (*); cioè che tutte le malattie non sono già primitivamente locali, che un movimento febbrile può esistere indipendentemente da un' affezione locale; che le stesse infiammazioni possono essere precedute da uno stato infiammatorio generale, e che l' infiammazione che sopraggiunge in seguito non è che una conseguenza (26).

Il sangue estratto prima della comparsa dei sintomi della peripneumonia mancava di cotenna, la quale si mostrò tosto che si sviluppò la flogosi polmonare (27).

Gli sputi, avanti di sopprimersi compiutamente, cangiarono d' aspetto; divennero opachi, di un colore bigio rossiccio, sporco, e stavano tenacemente adesi al fondo del vaso. È sempre di sinistro augurio l' apparizione di questa specie di sputi, che hanno una grande analogia cogli sputi bigi, che soventi si formano nelle escavazioni tubercolari.

La cute si mantenne costantemente secca, e questa circostanza rendeva il pronostico ancor più infausto.

I segni poi somministrati dall' ascoltazione e dalla percussione indicarono con una grande precisione la natura, la sede e l'estensione dell' alterazione polmonare.

(*) Vedi i volumi successivi di quest' opera, ed il mio *Précis d'anatomie pathologique.*

ARTICOLO TERZO

PLEURO-PNEUMONITIDI AL TERZO GRADO

(*Epatizzazione bigia, o suppurazione del polmone*).

XXIII. OSSERVAZIONE.

Un calzolaio, dell'età di sessantasette anni, entrò nello spedale della Carità addì 6 maggio 1821. Durante i primi quindici giorni d'aprile era stato affetto da bronchitide. Nel giorno primo di maggio cominciò a sentire un legger dolore verso il cavo dell'ascella destra, e contemporaneamente fu preso da brividi di freddo, e da tosse più frequente e più molesta. Addì 2 maggio il dolore più non esiste, ma la respirazione è affannosa, ed addì 3 gli sputi sono tinti di sangue. Dal 3 al 6 maggio andò sempre aumentando la difficoltà di respiro; il malato bevette ogni giorno molte tazze di brodo con vino, e non tentò verun metodo di cura fuorchè l'applicazione di un vescicante al petto. Il 6 maggio era nel seguente stato. Faccia giallognola ed alterata; respirazione breve, accelerata; voce anelante; suono ineguale in tutto lo spazio compreso tra la clavicola destra e la mammella, come nel cavo dell'ascella del medesimo lato. In questa stessa estensione non odesi nè respirazione nè rantolo; più in basso si sente una specie di rantolo che si avvicina più al mucoso, che non al crepitante; nelle altre parti del petto la respirazione è chiara e fortissima; gli sputi rassomigliano ad una densa soluzione di gomma arabica colorita in rosso bruniccio. Dalla natura di questi sputi Lerminier ne dedusse l'esistenza di una peripneumonia al terzo grado, con infil-

trazione purulenta del parenchima. Il polso era frequente e debole, la pelle calda e secca (*Due vescicanti alle cosce, decotto di poligala*). All' indomani morì.

Sezione del cadavere.

I lobi superiore e medio del polmone destro erano densi, compatti, e posti nell'acqua non vi galleggiavano. Tagliati in varii sensi, presentavano diverse macchie rosse e bigie, inegualmente distribuite nello spessore di questi lobi: ove esistevano le prime, il tessuto polmonare era affetto da epatizzazione rossa; ed ove eranvi le seconde, il parenchima del polmone, compresso leggermente, si riduceva in una polpa di color bigio-sporco, da dove colava una gran quantità di un liquido della medesima natura, il quale sembrava specialmente uscire da una quantità di piccioli bronchi quasi capillari. Il lobo inferiore non era che mediocremente crepitante; posto nell' acqua galleggiava ancòra. Una gran quantità di siero sanguinolento colava dal suo tessuto, che era un poco più fragile che non nello stato fisiologico. Il polmone sinistro era sano, leggermente ingorgato di sangue nella sua parte posteriore. Niuna alterazione si rinvenne negli altri visceri.

Questa osservazione incompleta sotto molti rapporti, per aver noi visitato l' infermo in un' epoca troppo avanzata della sua malattia, non è però priva di qualche interésse. Mostra essa riuniti in un medesimo polmone i tre gradi dell' infiammazione dal semplice ingorgo sino all' infiltrazione purulenta. In meno di sei giorni l'infiammazione polmonare mal curata passò alla suppura-

zione. Non è questo il solo esempio che riferiremo di un decorso così rapido.

La natura degli sputi deve fissare la nostra attenzione. Ammesso un piccolo numero di eccezioni, che indicheremo in seguito (*Vedi il Riassunto*), questi sputi caratterizzano il terzo grado della peripneumonia colla medesima sicurezza con cui gli sputi rossicci e vischiosi, di cui abbiamo finora parlato, sono caratteristici del primo e secondo grado di questa affezione.

Niun segno veramente indicò l'ingorgo infiammatorio della base del polmone, quivi le pareti toraciche erano sonore come allo stato normale; ed in quanto al rantolo che sentivasi in questa parte, era ben lungi dall'essere caratteristico, e poteva unicamente dipendere dal miscuglio dell'aria e degli sputi nei bronchi.

XXIV. OSSERVAZIONE.

Un muratore, dell'età di trenta nove anni, nel giorno 9 aprile 1821, fu preso da forti brividi di freddo che dopo qualche ora terminarono in un ardente calore diffuso a tutta la persona; contemporaneamente sentiva un dolore puntorio al lato destro, al di sotto della mammella, e lo molestava una tosse frequente ed umida. Nella sera del terzo giorno gli venne fatto un salasso, e nella mattina del quarto entrò nello spedale della Carità, dove al nostro esame ci presentò i seguenti sintomi.

Pallida aveva la faccia, conservava ancora del vigore, intatte erano le funzioni intellettuali e sensuali; percuotendo la parte anteriore destra del petto tra la clavicola e la mammella udivasi un suono ineguale; ed in questo medesimo spazio non si sentiva veruna sorta di

mormorio respiratorio, nè di rantolo; invece fortissimo era il rantolo mucoso in quasi tutta l' estensione del lobo inferiore del medesimo polmone. L' ammalato assicura di non accorgersi di soffrire difficoltà nel respirare; nondimeno trovasi nell' impossibilità di fare una inspirazione profonda; gli sputi sono trasparenti ed intensamente rossi, riuniti in una massa gelatiniforme, che non si distacca dal vaso; i polsi sono sviluppati, frequenti; la lingua è bianca ed umida; non ebbe da qualche giorno evacuazioni alvine (*Salasso di dodici once, bevande ammollienti*).

Quinto giorno: L' ammalato trovasi pressochè nel medesimo stato; ma la materia dell'espettorazione cangiò di carattere; è dessa formata da un liquido brunìccio che scorre in massa quando venga inclinato il vaso (*Terzo salasso*).

Sesto giorno: I lineamenti della fisonomia sono profondamente alterati; l' occhio è appannato; durante la notte sopraggiunse il delirio. L' infermo si sente debolissimo; le risposte che fa alle nostre dimande sono giuste, ma tarde. Gli sputi più scarsi hanno i medesimi caratteri di quelli del giorno antecedente (*Si applicò un vescicante al luogo del dolore*). Morì nel corso della notte.

Sezione del cadavere.

I lobi superiore e medio del polmone destro erano affetti da epatizzazione bigia: dal loro tessuto molle e fragile ne colava una gran quantità di un liquido bigio e purulento. Il lobo inferiore presentava in alcuni punti l'epatizzazione rossa, ed in altri un semplice ingorgo sanguigno: il polmone sinistro era sano. La superficie in-

terna dei bronchi di ambedue i polmoni era di un colore rosso uniforme.

All' epoca in cui l' ammalato entrò nello spedale della Carità, al principio del quarto giorno di malattia, già esisteva l'epatizzazione rossa della parte superiore del polmone destro, come lo dimostrarono i segni somministrati dall'ascoltazione, dalla percussione, e dagli sputi; in questo caso non sentivasi la respirazione bronchiale. Dopo il quinto giorno il nuovo aspetto che presentarono gli sputi indicò l'esistenza dell'epatizzazione bigia. Relativamente poi al miscuglio d'epatizzazione rossa, e di semplice ingorgo, formatosi in molti punti del lobo inferiore del polmone destro, è da notarsi che esso non rendette meno sonore dello stato normale le pareti toraciche corrispondenti, e che non si è potuto arrivare a conoscere questa alterazione mediante l'ascoltazione a motivo del rantolo mucoso prodotto dalla raccolta di gran copia di sierosità nei bronchi di questo lobo.

Facciamo qui pure qualche riflessione intorno ai caratteri della respirazione. Malgrado l' estensione e la gravezza dell' alterazione del polmone, la difficoltà di respiro non fu che mediocre; l' ammalato quasi non se ne accorgeva, ed era visibile soltanto al medico. Si potrebbe da ciò conchiudere che questo individuo non morì, come d'ordinario succede, in conseguenza del crescente ostacolo alla respirazione; ma che nel medesimo il sangue venoso, non ricevendo più che da un solo polmone le modificazioni che lo convertono in sangue arterioso, divenne inetto a trasfondere in tutti gli organi, in un coi materiali della nutrizione, l'eccitamento della vita.

XXV. OSSERVAZIONE.

Un uomo di cinquant' anni all' incirca, già affetto da una alterazione organica del cuore, ammalò di peripneumonia. Nel secondo e nel terzo giorno gli sputi avevano i caratteri che presentano nel secondo e nel terzo grado di tale malattia; nel quarto giorno erano assai più vischiosi, e nel quinto offrivano un aspetto totalmente diverso: erano essi formati da un liquido rosso bruniccio, che in massa colava dal vaso che lo conteneva, e questa apparenza presentavano anche nel sesto giorno; nondimeno la parte inferiore, posteriore e laterale del lato destro del petto mandava sotto la percussione un suono molto ineguale; soffriva gran difficoltà di respiro, non poteva decombere che sul dorso, e massima era la prostrazione delle forze. Nel settimo giorno il liquido espettorato è più denso, ha l' aspetto e la consistenza della bile densa e nerastra, che soventi riempie la vescichetta del fiele. Morì entro la giornata. Il lobo inferiore del polmone destro era affetto d' epatizzazione bigia.

Abbiamo riferito questa osservazione soltanto per la singolarità degli sputi, i quali col succedersi dei diversi periodi della malattia variarono d' aspetto, ed indicarono i differenti stati del parenchima polmonare colla medesima sicurezza con cui si rilevano mediante l' ascoltazione.

XXVI. OSSERVAZIONE.

Un uomo di sessant' anni, di condizione fabbricatore

di maiolica, nel giorno 23 febbraio si occupò in faticosi e straordinarii lavori. Alla sera andò a letto in buon essere di salute: verso mezza notte si risvegliò con forti brividi di freddo, ai quali succedette un ardente calore in tutta la persona, e contemporaneamente gli si sviluppò un forte dolore, che occupava la parte laterale inferiore destra del torace, nell' estensione delle sei ultime coste, ed aumentava sotto la pressione la tosse, e nelle profonde inspirazioni. Nel giorno 24 questo dolore persiste. L'ammalato è molestato da tosse frequente senza veruna espettorazione, e trovasi assopito. Nel 25 comincia ad espettorare una piccola quantità di muco trasparente, leggermente tinto in rosso; nella sera viene ricoverato nello spedale della Carità ove gli fu fatto immediatamente un salasso. Alla visita del 26 (terzo giorno di malattia) lo trovammo nel seguente stato:

Niuna alterazione nei lineamenti della fisonomia, libertà nei movimenti, stato lodevole delle forze. Il malato assicura di non sentire la benchè minima oppressione di petto; nondimeno la respirazione è evidentemente accelerata. Le inspirazioni sono brevi, e si succedono a piccoli intervalli; la voce è alquanto anelante. Il petto, sotto la percussione, manda un suono ineguale a destra posteriormente in tutta l' estensione dei lobi medio ed inferiore del polmone di questo lato; e quivi pure odesi un rantolo crepitante ben distinto; ogni altra parte del petto è perfettamente sonora come allo stato normale, e grande e chiaro è il mormorio della respirazione. La tosse è frequente, accompagnata da espulsione di sputi vischiosi, trasparenti, che si riuniscono in una massa gelatiniforme che finora non resta che leggermente attaccata al vaso, ed è di color rosso

pallido. Il dolore laterale è assai più mite dopo il salasso; diminuì la febbre. La lingua è umida e rossa, ha gran sete ed inappetenza d'ogni sorta di cibo; dal 23 in poi ebbe ogni giorno due o tre scariche alvine liquide (*Salasso di sedici once da eseguirsi all' istante; un secondo salasso di dodici once da farsi tre ore dopo*). Il sangue di ambedue i salassi era cotennoso; mentre tale non era quello del salasso fatto il giorno prima. L'ammalato sopportò benissimo queste due emissioni di sangue fatte in sì breve intervallo. Dopo mezzo giorno il polso erasi fatto irregolarissimo: nella notte l'infermo dormì sufficientemente, ma non sudò.

Nella mattina del 27 (quarto giorno) non si osservava alcuna varietà nei fenomeni della respirazione. L' ascoltazione e la percussione somministrarono i medesimi indizii: gli sputi, assai meno vischiosi, non erano più tinti di sangue; il dolore era quasi nullo; il polso, alquanto frequente, ancora cedeva facilmente sotto la pressione; arida era la cute, e di un calore quasi allo stato normale. Aveva una legger diarrea (*Salasso di otto once*).

Quinto giorno: il malato sembrava più debole che non nei giorni precedenti; nondimeno poteva ancora con facilità star seduto sul proprio letto. I movimenti inspiratorii, brevi e molto vicini tra loro, si eseguivano per il simultaneo concorso di una forzata elevazione delle coste e dell' abbassamento del diaframma; a destra in corrispondenza del lobo medio del polmone udivasi un rantolo crepitante debole, non frammisto a verun mormorio d'espansione polmonare; più in basso, avvicinando l'orecchio al petto si sentivano a sollevarsi le coste; ma non si udiva nè rantolo, nè alcun mormorio respiratorio; ivi pure il petto, sotto la percus-

sione, mandava un suono molto più ineguale che non nei giorni precedenti. A sinistra tanto anteriormente come posteriormente, ed a destra soltanto anteriormente, il mormorio respiratorio era chiaro e di una forza considerevole; gli sputi erano come nel giorno antecedente (ben poco vischiosi e leggermente tinti in rosso; il dolore pleuritico era intieramente cessato; il polso era piccolo, irregolare (*Due vescicanti alle gambe. Quattro grani di kermes in una pozione gommosa. Infuso di viole*).

Sesto giorno: alterazione profonda dei lineamenti della fisonomia, occhi appannati, tinta violacea delle labbra. La respirazione non si eseguiva che mediante piccoli movimenti inspiratorii ed espiratorii vicinissimi tra di loro. Gli sputi avevano cangiato di carattere; essi erano riuniti in una sola massa liquida, simile ad una densa soluzione di gomma nella quale fosse stata disciolta una materia colorante rossiccia, in alcuni punti tendente al bruno. Questa espettorazione ci parve di sinistro augurio. Mediante l' ascoltazione si riconobbe l' esistenza della respirazione bronchiale in quasi tutta l' estensione dei lobi superiore e medio del polmone destro. Questo mormorio distinguevasi benissimo dal mormorio fortissimo d' espansione polmonare, che udivasi nelle altre parti dei polmoni. Il suono a destra era sempre assai ineguale. L' infermo assiso nel proprio letto eseguiva ancora molti movimenti con prontezza e facilità. Il polso piccolissimo era assai più frequente che non nei giorni precedenti; arida era tuttora la cute; la lingua bianchiccia; sussisteva una legger diarrea. Dietro la natura degli sputi Lerminier annunciò l'esistenza del terzo grado della peripneumonia. L' estrema difficoltà

di respiro ne rendeva il pronostico ancor più grave (*Decotto di poligala. Pozione con quattro grani di kermes*).

Due ore dopo ritornammo a vedere il nostro ammalato, e l'abbiamo trovato in uno stato ancor più deplorabile vicinissimo all'asfissia; aveva la faccia tumida e di un color violaceo, e le estremità fredde; conservava ancora le facoltà intellettuali; la frequenza del polso era giunta a tal grado, che non potevansi più annoverare le pulsazioni. Esplorando il petto col mezzo dell'ascoltazione altro non sentimmo in tutti i punti che un gorgolio fortissimo, risultato della raccolta di muco nei bronchi. Questo rantolo bronchiale divenne in breve tracheale, e l'ammalato nel corso della giornata cessò di vivere.

Sezione del cadavere.

Il lobo inferiore del polmone destro, di un tessuto molle e fragile, mediante una legger pressione riducevasi in una polpa bigia da cui colava un liquido purulento del medesimo colore. Nel lobo medio trovavasi un miscuglio di questa infiltrazione purulenta, od epatizzazione bigia, coll'epatizzazione rossa, ed in pochissimi punti soltanto non eravi che un semplice ingorgamento al primo grado. Il lobo superiore era sano come pure il polmone sinistro, il quale posteriormente presentava l'ingorgo cadaverico. Alcune false membrane stavano frapposte ai lobi medio ed inferiore del polmone destro. Le cavità destre del cuore erano ingorgate di sangue nero.

Lo stomaco era intensamente rosso nella sua superficie interna, in corrispondenza del fondo ceco, nell'estensione di tre o quattro dita trasverse in tutte le di-

rezioni. Ivi la stessa membrana mucosa era rossa, e si lacerava con maggior facilità che in altre parti. L'estremità inferiore dell' intestino tenue, e l' intestino ceco erano fortemente iniettati, ed il fegato ingorgato di sangue.

Questa peripneumonia non presentò alcun carattere di gravezza che nella quarta giornata. Fino a quest' epoca il complesso dei sintomi indicava un' infiammazione al primo grado, associata forse all' epatizzazione rossa di pochi punti dei polmoni. Si istituirono abbondanti emissioni di sangue; già gli sputi tendevano a ritornare allo stato catarrale, e tutto annunciava un prospero e vicino esito della malattia. Dal quarto al quinto giorno, le cose si cangiarono d'aspetto; la dispnea, sino allora di poco momento, improvisamente divenne considerevolissima, e l' ascoltazione ci additò che eravi una epatizzazione molto estesa del polmone destro; l' ineguaglianza del suono era sensibilmente aumentata. Gli sputi poi presentavano una singolare anomalia; malgrado il rapido incremento dell'infiammazione polmonare, essi non erano nè più rossi, nè più vischiosi. In questo stato di cose nuovi salassi sarebbero forse stati di giovamento? Avrebbero essi arrestati i progressi dell' infiammazione e prevenuto la disorganizzazione dei polmoni? In un' epoca meno avanzata della malattia si fece uso delle sottrazioni di sangue con una specie di profusione, e non avevano esercitato che una ben dubbia influenza sull' infiammazione, in allora ancor mite. Che potevasi dunque sperare più tardi (28)? Comunque la cosa sia, non si fecero più salassi: ed avendo specialmente riguardo al pallore della faccia, alla deficienza di calore alla cute, alla piccolezza dei

polsi, si usò dei vescicanti applicandoli alle estremità inferiori: si prescrisse il kermes; ma questo nuovo metodo di cura non fu di alcun vantaggio. All'indimani, sesto giorno di malattia, la qualità degli sputi manifestò l'avvenuta epatizzazione bigia. Quindi nello spazio di quarant'otto ore la peripneumonia passò dal primo grado al secondo ed al terzo. In quarant'otto ore il tessuto polmonare fece passaggio dal semplice ingorgo sanguigno alla suppurazione.

Nella quinta e nella sesta giornata i segni somministrati dall'ascoltazione non erano quelli stessi dei giorni antecedenti. Da principio l'epatizzazione incompleta del lobo medio si manifestò per mezzo di un rantolo crepitante debole non frammisto a verun mormorio d'espansione polmonare; l'epatizzazione completa del lobo inferiore venne indicata dalla mancanza di ogni sorta di mormorio respiratorio, o di rantolo. Nel sesto giorno si sentì la respirazione bronchiale. Abbiamo già detto che queste varietà di segni somministrati dall'ascoltazione dipendono senza dubbio dai diversi gradi d'epatizzazione, e dai rapporti dei bronchi colle parti epatizzate.

Riflettasi poi ad un'altra circostanza sfavorevole che sta in relazione coll'esito funesto, e consiste in ciò che durante tutto il decorso della malattia la cute rimase costantemente arida.

Le frequenti irregolarità del polso non traevano origine da veruna alterazione organica del cuore, ma dipendevano da una particolare disposizione dell'individuo, e quindi erano di un'importanza ben secondaria per il pronostico.

XXVII. OSSERVAZIONE.

Un uomo di sessantadue anni nove giorni prima di entrare nello spedale sentì un dolore puntorio al lato destro, in corrispondenza delle ultime cinque o sei coste; contemporaneamente venne preso da brividi di freddo, da tosse con sputi tinti di sangue, e da oppressione di respiro. Nei giorni successivi l'infermo sta a letto, beve del vino caldo dolcificato, e non fa uso di verun trattamento curativo. Addì 31 marzo 1824, nono giorno di malattia, era nel seguente stato.

Respirazione breve, accelerata, che diviene ancor più affannosa quando il malato abbandonato il decubito dorsale vuole star seduto sul proprio letto, od appoggiarsi ai lati: suono ineguale a destra anteriormente dalla clavicola sino alla mammella, e posteriormente nel medesimo lato nelle fosse sopra e sotto-spinose. In queste diverse parti, ed in tutto il resto del petto, fuorchè al disotto della clavicola sinistra, odesi un rantolo mucoso fortissimo. Gli sputi sono formati da un liquido bruno simile al sugo delle prugne. Il polso è frequente e forte, e presenta di tempo in tempo qualche intermittenza. In tutto il decorso della malattia la cute fu sempre madida di sudore. La lingua è coperta da una patina bianchiccia, l'alvo è stitico. Malgrado l'epoca avanzata della peripneumonia verisimilmente già al terzo grado, Lerminier prescrisse un salasso di dodici once, e nella sera si applicarono due vescicanti alle gambe.

Nel 1.° aprile, decimo giorno di malattia, l'ammalato trovasi nel medesimo stato. Il rantolo mucoso è sì forte in alcuni punti che si avvicina al gorgolio delle

escavazioni tubercolari (*Salasso di dodici once*, *due vescicanti alle cosce*, *decotto di poligala*, *mezzo loock con due grani di kermes*). Il sangue del primo salasso era cotennoso, e quello del secondo non presentò che un largo coagulo molle e privo di cotenna.

Undecimo giorno, respirazione ancor più affannosa, faccia livida, polso debole, intermittente, soppressione degli sputi; rantolo tracheale: alla sera spirò.

Sezione del cadavere.

Il lobo superiore del polmone destro presentava una massa compatta, impenetrabile all' aria, che posta nell' acqua precipitava al fondo, di color bigio, sparsa di un gran numero di macchie nere, che, comprimendola, si riduceva in una polpa di color bigio sporco, da cui colava un liquido purulento del medesimo colore. Il residuo parenchima polmonare conservava ancora la sua naturale consistenza, era crepitante, ed ingorgato di una gran quantità di siero rossiccio. I bronchi erano di un color rosso livido alla loro superficie interna, e riempiti di un liquido bruno, simile a quello che veniva espettorato durante la vita. Gli altri visceri non presentavano veruna alterazione.

Questa peripneumonia formò oggetto della nostra osservazione soltanto allorchè era già arrivata al terzo grado, cioè quando era superiore alle risorse dell' arte. L' aspetto degli sputi ci manifestò durante la vita l' esistenza di questo terzo grado. Fino a quest' epoca la malattia era stata abbandonata a sè. Lerminier credette conveniente di esperimentare ancora le sottrazioni sanguigne, non per distruggere la suppurazione ove già

esisteva, ma per arrestare i progressi dell'infiammazione dove potevasi presumere essere dessa ancora tra i limiti del primo o del secondo grado. Contemporaneamente si applicarono i vescicanti alle membra inferiori.

L' ascoltazione non potè somministrare alcun indizio intorno allo stato del parenchima polmonare, a motivo del rantolo umido che esisteva in quasi tutti i punti del petto, e che andò sempre aumentando di intensità sino alla morte.

Nella maggior parte dei precedenti ammalati, che perirono in conseguenza della peripneumonia, abbiamo veduto la cute mantenersi costantemente arida. In questo caso al contrario il sudore è stato sempre abbondante, eppure l' esito fu ugualmente funesto.

XXVIII. OSSERVAZIONE.

Un uomo, dell'età di quarantanove anni, soffriva già da alcuni giorni la tosse senza verun altro sintomo grave, quando nel mese d' aprile 1824 entrò nello spedale della Carità. Nel primo giorno non parve affetto che da un catarro polmonare intenso. Aveva una legger febbre; la respirazione era libera; sotto la percussione il petto mandava un suono regolare ed uniforme, e dall' ascoltazione altro non si rilevava che un miscuglio di rantolo mucoso e sibiloso in molti rami bronchiali, ed una grande intensità del mormorio inspiratorio. Nondimeno gli sputi avevano un aspetto, che non sembrava accordarsi coll' apparente benignità degli altri sintomi. Erano essi formati da un liquido simigliante ad una densa soluzione gommosa di color bruno rossiccio, o veramente come il sugo delle prugne, di modo che erano simili a quelli che si osservano nella peripneumonia

giunta già al terzo grado. — All' indimani 7 aprile, espettorava ancora con facilità; maggiore però era la frequenza dei polsi, più intenso il calore della pelle, e soffriva una considerevole difficoltà di respiro. Il petto sotto la percussione mandava un suono ineguale in corrispondenza della mammella destra; e quivi pure udivasi un rantolo crepitante debole non frammisto al mormorio d' espansione polmonare. Era fuor di dubbio l'esistenza di un'infiammazione polmonare (*Salasso di dodici once*). Il sangue era privo di cotenna.

Nel giorno 8 aprile osservavasi maggior difficoltà di respiro, gli sputi conservavano ancora l' aspetto del sugo delle prugne; il suono era ineguale in tutto lo spazio compreso tra la mammella destra e la clavicola del medesimo lato, ed in tutta questa estensione udivasi la respirazione bronchiale accompagnata da rimbombo della voce. Il polso era debole, la pelle non tanto calda; la faccia gialliccia ed abbattuta (*Due vescicanti alle gambe*).

9. — Delirio, rantolo tracheale, polso debole, non frequente, estremità fredde (*Senapismi*, *poligala*, *kermes*). — Morì poche ore dopo la visita.

Sezione del cadavere.

Il lobo superiore del polmone destro presentava un miscuglio d'epatizzazione rossa e bigia; quest'ultima alterazione era predominante nel lato ove si inseriscono le diramazioni bronchiali; mentre la sommità del medesimo lato era affetta d' epatizzazione rossa.

Questa osservazione presenta una circostanza degna di tutta la riflessione, cioè l' esistenza degli sputi pro-

prii del terzo grado della peripneumonia, in un' epoca in cui per niun altro segno potevasi presumere non solo la suppurazione del polmone, ma nemmeno un semplice ingorgo infiammatorio. È molto verisimile, che allora già esistesse l' epatizzazione grigia in una porzione circoscritta del polmone destro, verso la sua radice; la picciola estensione di questa alterazione spiega la mancanza della dispnea, e la sua sede rende ragione dell' insufficienza dell' ascoltazione, e della percussione. Allora però il mormorio d' espansione polmonare era di una intensità tale, che potevasi benissimo supporre in qualche porzione del parenchima polmonare l' esistenza di un ostacolo al libero ingresso dell' aria. Nei giorni successivi l' infiammazione fece rapidi progressi; si estese a tutto il lobo superiore; da questo momento non era più oscura la diagnosi, e la sezione del cadavere mostrò l' esistenza di questa epatizzazione bigia, che sulle prime il solo carattere degli sputi (fatta astrazione da ogni altro segno) ci aveva fatto sospettare.

XXIX. OSSERVAZIONE.

Un contadino, dell' età di settantasette anni, già da cinque settimane aveva la tosse, quando entrò nello spedale della Carità. Erano cinque giorni da che soffriva un dolore puntorio in corrispondenza delle ultime coste del lato sinistro, e da tre giorni espettorava sangue. Allorchè venne da noi visitato per la prima volta, respirava ancora liberamente; a sinistra posteriormente udivasi un rantolo crepitante misto ad un leggere mormorio d' espansione polmonare. La percussione eccitava dolore in tutto il lato sinistro, per cui non si è potuto servirsi a dovere di questo mezzo diagnostico. Gli sputi erano

tinti in rosso, ma ben poco vischiosi; il polso era frequente e forte. Sembrava, che questa peripneumonia, già in quinta giornata, non avesse ancora oltrepassato il primo grado (*Salasso di sedici once*). Il sangue presentò un'alta e densa cotenna.

9 aprile, sesto giorno di malattia: odesi ancora il rantolo crepitante a sinistra posteriormente in corrispondenza dell' angolo inferiore della scapola; superiormente si sente la respirazione bronchiale, ed un rimbombo particolare della voce: si direbbe che l' ammalato soffia le sue parole nell' estremità di un tubo. Quivi il suono è ineguale; gli sputi sono più rossi e più vischiosi, il dolore delle pareti toraciche è sensibilmente diminuito. Tutto indica che il polmone sta per epatizzarsi (*Salasso di sedici once, e due vescicanti da applicarsi alle cosce*). Il sangue presentò cotenna.

Nel settimo giorno massima è la prostrazione delle forze; i lineamenti della fisonomia sono alterati, la faccia presenta una tinta gialliccia, di sinistro augurio. Il polso è debole e lento; la cute fredda. Mediante l' ascoltazione sentesi la respirazione bronchiale nei medesimi punti come nel giorno antecedente. Più in basso cessò ogni rantolo crepitante, nè sentesi verun altro mormorio. Il suono è molto ineguale in tutta la parte posteriore sinistra. L'infermo espettora una piccola quantità di sputi opachi, di un color grigio-rossiccio, e disposti in masse (*Vescicante da applicarsi al petto*).

Nei giorni ottavo e nono andò sempre crescendo la prostrazione delle forze, e la faccia dimagrò rapidamente senza che la respirazione fosse molto affannosa. Nel nono giorno non espettorava più; il polso divenne sempre più debole e tardo, si raffreddarono le estremità, e morì nella notte dal nono al decimo giorno.

Sezione del cadavere.

Il lobo inferiore del polmone sinistro compatto e fragile presenta un miscuglio d'epatizzazione rossa e bigia; questa è assai più considerevole; il rimanente del polmone è sano e poco ingorgato di liquido. Gli altri visceri sono in condizione fisiologica.

In questo infermo abbiamo potuto seguire con sufficiente precisione i progressi della peripneumonia dal primo sino al terzo grado. Fino al quinto giorno verosimilmente non vi fu che un semplice ingorgo infiammatorio. Dal quinto al sesto giorno il polmone si epatizzò. L'epoca in cui incominciò la suppurazione venne forse indicata dall' improvvisa alterazione della fisonomia, dalla rapida diminuzione delle forze ecc., fenomeni tutti che furono osservati nel settimo giorno. D'allora in poi questa specie di stato adinamico andò sempre aumentando, e la vita si estinse per gradi senza che giammai vi fosse gran difficoltà di respiro.

Gli sputi presentavano un aspetto diverso da quello che abbiamo osservato in altri casi di peripneumonia al terzo grado.

CAPITOLO SECONDO

PLEURO-PNEUMONITIDI CON MANCANZA DI UNO, O DI MOLTI DEI LORO SINTOMI CARATTERISTICI.

ARTICOLO PRIMO

MANCANZA DEI SEGNI SOMMINISTRATI DALL' ASCOLTAZIONE E DALLA PERCUSSIONE.

XXX. OSSERVAZIONE.

Un uomo di ventisette anni, di debole costituzione, magro nella persona, e sottoposto ad affezioni catarrali, affaticò moltissimo, e sudò nella giornata del 20 ottobre 1821. Nella notte dal 20 al 21 dormì benissimo. Alzandosi alla mattina dal letto sentì un insolito malessere e non tardò ad essere preso da brividi di freddo, a cui succedette un forte calore in tutta la persona; fu quindi obbligato a coricarsi nuovamente. Due ore dopo gli si sviluppò una tosse secca e frequente, e nella notte gli sopraggiunse un dolore puntorio tra la decima ed undecima costa del lato sinistro.

La tosse continua e secca non gli permise di dormire. Addì 22 (secondo giorno della malattia) cominciò nella mattina ad espettorare un poco di sangue. La respirazione non era affannosa; si coricava appoggiandosi sul lato destro per evitare il dolore che gli cagionava il decubito sul lato opposto. Verso sera entrò nello spedale della Carità, ove gli venne immediatamente

fatto un salasso. Nella mattina del giorno 23 era nel seguente stato:

Faccia abbattuta; cefalea; sensazione di debolezza; decubito dorsale; tosse frequente; sputi intensamente rossi, trasparenti riuniti in una massa gelatiniforme poco aderente al vaso. Sentiva un vivo dolore fra la nona, la decima, e l'undecima costa, il quale aumentava sotto la tosse e la percussione, e nella inspirazione. Percosso il petto in tutti i punti tramandava un suono uniforme e normale, e mediante l'ascoltazione udivasi in ogni parte di esso il fremito della respirazione con forza e chiarezza. La respirazione è accelerata e breve, quantunque l'ammalato assicuri di non provare veruna sensazione di oppressione. Il polso è leggermente frequente; la pelle calda e secca, la lingua coperta di una patina giallastra; avvi anoressia; il ventre è molle ed indolente; da due giorni non ebbe evacuazioni alvine.

Gli sputi erano troppo caratteristici perchè dubitar si potesse dell'esistenza di una peripneumonia, sebbene non venisse indicata nè dalla percussione, nè dall'ascoltazione. Abbiamo quindi conchiuso, che trattavasi di un'infiammazione parziale, e che essa verisimilmente occupava la base, il centro, o la radice del polmone (*Salasso di dodici once; bevande ammollienti*). Il sangue era cotennoso.

Nel quarto giorno l'infermo trovavasi in miglior essere; aveva poca tosse; gli sputi meno vischiosi contenevano minor quantità di sangue; la respirazione non era sì frequente; non sentiva più il dolore fuorchè nelle grandi inspirazioni.

Nel quinto giorno, il malato, essendosi esposto all'impressione del freddo nel levarsi dal letto per le evacuazioni alvine, era alquanto peggiorato. Gli sputi can-

giarono ancora di carattere essendo tinti in rosso, e più vischiosi di prima; la respirazione è molto affannosa, ed il polso presenta una frequenza estrema. Il suono delle pareti toraciche continuava ad essere chiaro, e forte conservavasi il mormorio della respirazione. Questa esacerbazione dei sintomi, e specialmente la somma difficoltà del respiro persuasero Lerminier ad ordinare un terzo salasso di otto once, ed a far applicare alla sera due vescicanti alle gambe. Il sangue era cotennoso.

Immediatamente dopo il salasso, il malato ne provò un sensibile miglioramento. Dopo mezzo giorno si manifestò per la prima volta un sudore copiosissimo, e passò una notte tranquilla.

Nel sesto giorno le cose andavano di bene in meglio. Per tutta la giornata continuò a sudare; ed all'indimani, settimo giorno, non esisteva più verun segno di peripneumonia. Il polso era leggermente frequente; il mormorio d'espansione polmonare non era più di quella intensità che avvicina la respirazione degli adulti a quella dei fanciulli, e che indica sempre una difficoltà più o meno grande che incontra l'aria nel penetrare in tutta l'estensione del parenchima polmonare. Passò i giorni successivi in piena convalescenza.

Questa osservazione è degna di riflessione per la mancanza dei segni ordinariamente somministrati dall'ascoltazione e dalla percussione, senza dei quali è impossibile determinare la sede, e l'estensione della peripneumonia. La sola espettorazione indicò in modo da non dubitarne la natura dell'affezione, che, senza questo segno, sarebbe stata presa per una semplice pleuritide.

Riflettiamo pure alla funesta influenza esercitata dal-

l' impressione del freddo, ed alla comparsa del sudore, che si combinò con un generale miglioramento. Non è però ben manifesto, come in molte fra le osservazioni precedenti, se il sudore sia stato la causa del miglioramento. Notisi finalmente, che nel settimo giorno avvenne la risoluzione della malattia.

XXXI. OSSERVAZIONE.

Un domestico dell' età di trent' otto anni, che abitualmente godeva di ottima salute, aveva, quindici anni sono, sofferto un' affezione catarrale di petto, e si trovava in buonissimo essere, quando si levò dal letto nella mattina del 15 agosto 1822. Alle ore otto, mentre attendeva alle sue ordinarie occupazioni, sentì in tutta la parte anteriore destra del torace un dolore, che paragonava alle sensazioni che gli avrebbero prodotto le punture di molti aghi. Venti minuti dopo fu preso da brividi di freddo, che durarono sino a due ore dopo mezzogiorno, cui subentrò un ardente calore in tutta la persona, senza verun sudore. Nel corso della giornata l'ammalato frequentemente sentì il bisogno di tossire, ma non osava di soddisfarvi, perchè sotto la tosse aumentava il dolore. Nella stessa sera fu ricoverato nello spedale della Carità, ove gli venne fatto immediatamente un salasso. Passò la notte quasi senza dormire.

Alla mattina del giorno 16 si trovava nel seguente stato: faccia rossa, occhi iniettati, lieve cefalea; decombeva o sul dorso, od a sinistra; insisteva il dolore del lato destro, ed aumentava sotto l' inspirazione, la tosse, il moto, e nell' appoggiarsi sul lato affetto, ma non si esacerbava nè colla pressione, nè mediante la percussione; aveva una tosse frequente e secca; lieve

era la difficoltà del respiro; il petto era in ogni sua parte sonoro; e dappertutto udivasi il mormorio d'espansione polmonare con chiarezza, ma più forte a sinistra che a destra, circostanza che sembrava unicamente dipendere dalla minore dilatazione del torace a destra, a motivo del dolore; il rimbombo della voce era uniforme in tutti i punti. Il polso duro batteva più di cento volte in un minuto; la cute era calda e secca; la lingua alquanto rossa e levigata; aveva gran sete, la bocca amara, e stitichezza d'alvo. Il sangue estratto nel dì antecedente presentava una cotenna sottile e verdastra (*Bevande e cristeri ammollienti*).

Nella mattina del terzo giorno, aveva un'espettorazione di sputi vischiosi trasparenti, molto rossi. Negli altri sintomi non eravi alcuna variazione (*Salasso di dodici once*). Il sangue non presentò veruna cotenna.

Quarto giorno: la respirazione era ancora in calma; non sentiva il dolore fuorchè nelle profonde inspirazioni o nei grandi movimenti; gli sputi erano meno rossi e meno vischiosi; minore era la frequenza del polso; in nessuna parte del petto non udivasi il rantolo. Nelle ordinarie inspirazioni l'ingresso dell'aria nelle vescichette polmonari si sentiva con maggiore intensità a sinistra che non a destra; ma quando il malato inspirava più fortemente, il mormorio d'espansione polmonare era ugualmente forte e chiaro in ambedue i lati.

Nella sera si manifestò per la prima volta alla cute un sudore profuso. All'indimani, quinto giorno, il polso era ben poco più frequente dello stato normale; non sentiva più il dolore laterale; la respirazione era ritornata alla sua condizione fisiologica; la materia dell'espettorazione componevasi di semplice catarro. Il sudore continuò per tutta la giornata. Nella mattina del

sesto giorno la pelle era ancora umida, il polso sempre leggermente frequente, e nel corso della giornata cessò il sudore. Nel settimo e nell' ottavo giorno il polso conservò ancora qualche frequenza che poi cessò intieramente nel nono. Il malato sembrava allora perfettamente ristabilito in salute, per cui abbandonò lo spedale.

In origine questo ammalato non presentò che i sintomi di una semplice pleuritide. Il dolore prendeva una vasta estensione, ed i brividi di freddo lo precedettero, mentre d' ordinario non si sviluppa se non dopo l' invasione della febbre. Un primo salasso venne fatto nel medesimo giorno, ma non bastò a dissiparlo. Al principio del terzo giorno si manifestarono gli sputi della peripneumonia, e questi furono il solo segno che indicò la diffusione dell' infiammazione al parenchima polmonare. In questo caso pure nè l' ascoltazione, nè la percussione non somministrarono alcun lume per istituire la diagnosi, o per meglio dire da questi due metodi non se ne ritrassero, che segni negativi: il conservarsi la chiarezza del suono e del mormorio d' espansione polmonare comprovava che la peripneumonia era profonda, e poco estesa; l' intensità del mormorio respiratorio, minore a destra che non a sinistra, non era che un effetto meccanico della minore dilatazione del lato destro, a cagione del dolore.

Un sensibile giovamento si ottenne da un nuovo salasso istituito nel terzo dì; verso la fine del quarto giorno comparve un abbondante sudore che continuò per tutto il giorno successivo; contemporaneamente cessò il dolore, si stabilì un' espettorazione di semplice catarro, e si dissipò ogni difficoltà di respiro; ma sino all' ottava giornata il polso si mantenne alquanto fre-

quente, e soltanto dopo quest' epoca parve che il ritorno delle pulsazioni arteriose al loro ritmo fisiologico indicasse essersi l'infiammazione compiutamente risolta.

XXXII. OSSERVAZIONE.

Un uomo di quarant'un anno, di gracile costituzione dice d' aver sofferto da undici anni in poi quindici affezioni infiammatorie di petto, le quali sempre si manifestarono col dolore laterale, con tosse, con oppressione di respiro, e con un' espettorazione sanguigna.

Nella notte dal 24 al 25 aprile 1822, fu preso da brividi di freddo; contemporaneamente sentì dolori vaghi in ambedue i lati del petto, e moltissimo lo tormentò la tosse. Nel 25 continuarono ancora i dolori e la tosse; e nella sera del 26 venne ricoverato nello spedale della Carità. Gli sputi vischiosi, trasparenti, rossicci indicavano l' esistenza di una peripneumonia; la respirazione, quantunque breve, non sembrava all' infermo grandemente affannosa; non erasi mitigato il dolore di ambedue i lati, per cui era costretto a decombere sul dorso. Il petto, sotto la percussione, mandava in ogni sua parte un suono uniforme e normale; e mediante l' ascoltazione udivasi il mormorio di respirazione con forza e chiarezza. Il polso era frequente e forte; la cute madida di sudore. Venne fatto un salasso di dodici once.

Nella mattina del 27, terzo giorno di malattia, sentiva il dolore soltanto a destra, nell'estensione di quattro a cinque dita trasverse al di sotto della mammella. Del resto, non eravi alcuna variazione nei sintomi (*Sa-*

lasso di otto once , dieci mignatte da applicarsi al lato destro , bevande ammollienti).

Quarto giorno : l' ammalato non sentiva che un lievissimo dolore nelle grandi inspirazioni. La respirazione non era che mediocremente accelerata. Gli sputi erano ancora tinti in rosso, e persisteva la febbre; nel corso della giornata non aveva mai sudato. L' ascoltazione e la percussione somministrarono i medesimi indizii (*Quindici sanguisughe da applicarsi all' ano*).

Quinto giorno: respirazione allo stato normale, tosse rara, espettorazione di semplice catarro , polso appena frequente. Non era avvenuta alcuna crisi apparente; la pelle specialmente conservavasi arida (*Bevande ammollienti , tre brodi*).

Nel sesto giorno sentì nuovamente il dolore al lato destro; gli sputi erano ancora tinti in rosso e vischiosi; si destò la febbre; ciò nondimeno il petto era ancora sonoro , ed udivasi chiaramente il mormorio respiratorio (*Quindici mignatte da applicarsi al lato destro del petto ; parve che lo stato di debolezza e di dimagramento dell' individuo non permettesse di istituire un salasso generale*).

Nel settimo giorno si dissiparono tutti i sintomi dell' esacerbazione del dì precedente , e nei giorni successivi era in piena convalescenza. Ciò non pertanto l' infermo continuava a tossire , e sembrava che sino al 12 maggio , epoca in cui uscì dallo spedale , andasse sempre più dimagrando. La percussione , e l' ascoltazione non somministravano verun indizio di lesione dei polmoni o delle pleure.

È singolare come questo individuo nel decorso di alcuni anni sia andato soggetto ad un sì gran numero

di peripneumonie. Eravi in esso una vera disposizione; tutte le cause irritanti a cui trovavasi esposto agivano sul polmone, e vi determinavano un processo flogistico. Ma, attesa la costituzione dell'individuo, potevasi pensare che la causa di questa predisposizione consistesse nella presenza dei tubercoli polmonari. D'altra parte, il rinnovarsi tanto frequentemente delle infiammazioni doveva necessariamente sollecitare l'ammollimento dei tubercoli, ed aumentarne il numero. Quando l'ammalato abbandonò lo spedale ci parve che fosse minacciato da imminente tisi polmonare.

La natura dell'espettorazione non lasciava alcun dubbio intorno all'esistenza di una peripneumonia. Ma in qual parte del polmone risiedeva la flogosi? Qui pure, come nelle osservazioni precedenti, non ci fu di alcun soccorso l'ascoltazione, nè la percussione. Qui pure il solo incremento dell'intensità del mormorio d'espansione polmonare doveva indurci a sospettare dell'esistenza di un ostacolo al libero ingresso dell'aria in qualche parte del polmone.

La cute, umida nel secondo giorno, si mantenne in appresso costantemente secca sino al termine della malattia. Questa circostanza non ci parve di buon augurio, e sembrava indicare che l'infiammazione non si fosse compiutamente risolta. Nondimeno pareva essere avvenuta la risoluzione nel quinto giorno; quando nel sesto si ridestò ancora il dolore laterale, si riaccese la febbre, ed insorse la tosse accompagnata da espettorazione sanguigna. Ma per buona fortuna questa esacerbazione dell'infiammazione non fu che momentanea, e cedette ad una nuova sottrazione di sangue.

Rivolgiamo per qualche istante l'attenzione al carattere del dolore, che si manifestò nei primordii della

malattia. Questo dolore, che l' ammalato contemporaneamente sentiva in ambedue i lati del petto, indicava forse l'esistenza dell'infiammazione in ambedue le pleure? La sottrazione di sangue bastò forse a troncare il processo flogistico nella pleura sinistra, od almeno a diminuire l' intensità in modo tale, che successivamente l'ammalato non avesse a sentire il dolore che a destra in uno spazio limitato?

XXXIII. OSSERVAZIONE.

Un muratore, dell'età di ventiquattro anni, di robusta costituzione, soffriva già da tre settimane un' affezione catarrale di petto all' epoca in cui entrò nello spedale della Carità.

Lieve fu la tosse nei primi giorni, e non gli impedì di occuparsi ne' suoi usati lavori. Soltanto negli ultimi tre o quattro giorni prima del suo ingresso nello spedale si sentì molto affaticato e di mala voglia. Esaminato da noi nel primo maggio 1822, presentò i seguenti sintomi:

Faccia rubiconda, occhi brillanti, respirazione precipitata; poteva però eseguire profonde inspirazioni; tosse frequente; dolore lacerante dietro lo sterno che lo molestava grandemente ad ogni insulto di tosse. Del resto l' espettorazione è di semplice catarro. Il petto percosso in ogni sua parte manda un suono chiaro, ed ovunque si sente la respirazione senza verun altro mormorio insolito fuorchè un legger fischio ad intervalli. L' ammalato decombe ordinariamente sul dorso, ma può coricarsi a destra ed a sinistra senza che ne venga suscitato verun dolore, nè che s' aumenti la difficoltà del respiro. Polso frequente, pieno; cute umi-

da; lingua alquanto rossa; sete; lieve dolore all' epigastrio; stitichezza di corpo.

Pareva che questo complesso di sintomi altro non indicasse che un' infiammazione intensa della membrana mucosa polmonare, associata ad una legger flogosi della membrana mucosa gastrica. In questo stato di cose basta un benchè minimo aumento d' irritazione, onde l' infiammazione dei bronchi si estenda al parenchima del polmone. Si ordinò un salasso di sedici once, ed il sangue estratto formò un coagulo denso, largo, circondato da pochissima sierosità, e privo di cotenna.

2 e 3 maggio, la tosse fu meno frequente nè sì penosa. La febbre non diminuì; la lingua è tuttora rossa (*Bevande* e *cristeri ammollienti*).

4 maggio, maggiore era l' affanno di respiro ed i lineamenti della fisonomia sensibilmente più alterati che non nei giorni precedenti. L'infiammazione cominciava forse a diffondersi anche al parenchima? Lerminier lo sospettò, quantunque la percussione e l' ascoltazione non somministrassero alcun nuovo indizio; e sebbene gli sputi conservassero il medesimo carattere. Si continuò nell' uso delle bevande ammollienti, e si raccomandò la dieta la più severa.

5. — I sospetti concepiti il giorno avanti eransi verificati; il malato, verso mezza notte, aveva cominciato ad espettorare sputi vischiosi, trasparenti, intensamente rossi. Il petto era però ancor sonoro, e sentivasi con chiarezza il mormorio della respirazione; ci parve soltanto, che questo mormorio fosse più forte che non nei giorni precedenti (*Salasso di dodici once*). Il crassamento era estremamente molle, e coperto di una densa cotenna.

6. — Insistenza degli sputi peripneumonici. Niuna

variazione negli altri sintomi (*Due vescicanti alle gambe*).

7 e 8. — Gli sputi perdettero la loro tinta rossiccia. — Nel giorno nove i medesimi avevano cangiato carattere, non erano essi che quelli della bronchitide acuta; la respirazione era più libera, più mite la febbre; non avvenne alcuna evacuazione critica. Sembrava che la peripneumonia si fosse risolta, e la bronchitide che persisteva, era assai meno intensa che non all'epoca dell'ingresso del malato nello spedale; il rossore morboso della lingua era svanito, nè più ricomparso dal presunto momento dell'invasione della peripneumonia. Alla lieve irritazione dello stomaco erasi forse sostituita un'irritazione più forte del polmone? Guardiamoci dall'accordare troppo valore a questa idea; poichè se i sintomi della gastritide si fossero esacerbati, ed aumentati in numero contemporaneamente all'invasione della peripneumonia non si sarebbe forse spiegato il fatto in questo modo, dicendo che in forza di simpatie, che uniscono lo stomaco a tutti gli organi, l'infiammazione del polmone non avrebbe potuto farsi più intensa senza che si esacerbasse anche quella dello stomaco? Tanto è vero che riesce sempre facile di trovare spiegazioni ai fenomeni i più opposti. Ma avvi una grande distanza tra la spiegazione di un fenomeno, e la sua vera interpretazione.

Nei giorni successivi la febbre cessò intieramente, a poco a poco si calmò la tosse, gli sputi divennero più densi, e l'ammalato abbandonò l'ospedale, il 19 maggio, ben rimesso in salute.

Nel corso dell'osservazione abbiamo già esaminate tutte le sue circostanze più importanti, per cui non

giova qui ripeterle; faremo soltanto riflettere alle differenze che presentò il sangue nelle diverse epoche della malattia. Quando venne istituito il primo salasso non esisteva che l' infiammazione delle membrane mucose, ed il sangue non presentava cotenna. All' epoca della seconda sottrazione sanguigna erasi già diffusa l' infiammazione al parenchima polmonare, ed allora il sangue estratto si mostrò cotennoso.

XXXIV. OSSERVAZIONE.

Uno svizzero, dell' età di quarant' anni, dotato di robusta costituzione, godeva abitualmente di una florida salute; otto giorni prima del suo ingresso nello spedale era stato preso da tosse, senza che però ne risentisse verun dolore nel torace. All'epoca in cui fu ricoverato nello spedale era febbricitante; mediocremente accelerata osservavasi la respirazione. Il petto era in ogni sua parte sonoro sotto la percussione; e mediante l' ascoltazione udivasi il mormorio della respirazione chiaro e forte, frammisto ad un legger rantolo mucoso e sibiloso ad intervalli. Avrebbesi forse potuto credere, che l' ammalato non fosse affetto che da una semplice bronchitide, se la viscosità e la tinta rossiccia degli sputi non ci avessero avvertiti dell' esistenza di un' infiammazione del parenchima stesso del polmone. La lingua era intensamente rossa, l' alvo stitico, e lo molestava una gran sete. Quasi immediatamente dopo che fu estratto il sangue dalla vena, il medesimo si coprì di una densa cotenna.

All' indimani, 11 aprile, non presentava variazione alcuna di sintomi (*Dodici mignatte da applicarsi all' ano, bevande, e cristeri ammollienti*). — Nel giorno

12 sembrava che la respirazione fosse ritornata al suo stato normale; gli sputi erano quelli della semplice bronchitide acuta; la lingua non era più tanto rossa, il polso conservava ancora un legger grado di frequenza. I sintomi pertanto della peripneumonia erano intieramente scomparsi; nondimeno dal 13 al 22 continuò la tosse, il polso rimase alquanto frequente, non si rimettevano le forze (*Vescicante alle braccia*, *bevande ammollienti*, *gelatine di riso*, *alcuni brodi*).

Nella giornata del 21 il malato si procurò degli alimenti oltre quelli somministrati dallo stabilimento; e nel 22 erano già ricomparsi i sintomi della peripneumonia: espettorava ancora degli sputi rossicci e vischiosi, aveva difficoltà di respiro; ma il petto era ancora sonoro sotto la percussione, e si sentiva chiaramente il mormorio della respirazione; il polso era frequentissimo e piccolo; la pelle calda; e trovavasi in una estrema prostrazione di forze. *Malgrado questo ultimo sintomo si applicarono ventiquattro mignatte all' ano.*

Nel 23 la respirazione era più libera, gli sputi non erano più tinti in rosso, e le forze si rianimarono. — Nei giorni successivi si formò all' osso sacro un' escara gangrenosa, che fece rapidi progressi, e cadendo lasciò un ampia ulcera. Ma, come se l' irritazione della cute dell' osso sacro avesse prodotto un' utile rivulsione, la tosse cessò interamente; la lieve frequenza di polso, che sussisteva tuttora, dipendeva dall'estensione dell'ulcera. L'aspetto perfettamente naturale della lingua, il buon appetito, la mollezza del ventre, la regolarità delle scariche alvine indicavano l' integrità degli organi digerenti. In questo stato di cose sembrava che l' indicazione da soddisfarsi consistesse nel sostenere le forze, affinchè l' economia animale potesse sopportare l' ab-

bondante suppurazione, che esisteva alla cute dell' osso sacro (*Si prescrisse l'infuso acquoso di china, un bicchiere di vino al giorno, ed alcune minestre di facile assimilazione*). Sotto l' influenza di questo metodo di cura l' ulcera prese un buon aspetto, ed in breve si cicatrizzò. — L'ammalato abbandonò lo spedale in buon essere verso il 20 di maggio.

Questa malattia dapprima non fu che una semplice bronchitide, niun dolore laterale indicò l'invasione della peripneumonia; la difficoltà di respiro non era maggiore di quella che si osserva in molte bronchitidi intense. L' ascoltazione, e la percussione non somministrarono alcun lume per la diagnosi; nondimeno sentivasi la respirazione con una forza inusitata, e questa sola circostanza indicava una lesione qualunque delle vie respiratorie; ma gli sputi soli ne svelarono la natura della malattia. Dopo la loro comparsa, durò tuttora la bronchitide, accompagnata da un movimento febbrile che poteva far sospettare dell'esistenza di un centro d' infiammazione in qualche punto del parenchima polmonare.

In conseguenza di un disordine dietetico, in mezzo a questa specie di falsa convalescenza ricomparvero i sintomi della peripneumonia; ma cedettero ad una piccola sottrazione di sangue, la quale, sebbene istituita malgrado l' esistente prostrazione delle forze, invece di vie più affievolire, servì a rianimare la vitalità di tutti gli organi, e sistemi organici (29). Nel riferire questa osservazione abbiamo già fatto riflettere all' influenza, che l'esulcerazione del sacro parve esercitare sulla bronchitide.

XXXV. OSSERVAZIONE.

Un sarto, dell' età di quaranta sei anni, entrò nello spedale della Carità nel mese di ottobre 1822. Già da quindici giorni soffriva la tosse, la quale in sulle prime non sembrava prodotta che da una lieve bronchitide; successivamente gli si aggiunse difficoltà di respiro, ed una febbre intensa. All' epoca in cui venne da noi visitato, tossiva frequentemente, ed espettorava una materia vischiosa e rossiccia; lieve era la difficoltà di respiro, ma gagliarda la febbre; il petto, sotto la percussione, era uniformemente sonoro, e chiaramente ma con gran forza udivasi il mormorio d' espansione polmonare. La lingua era coperta da una patina bianchiccia (*Salasso di sedici once. Due vescicanti alle gambe*).

All' indimani la materia dell'espettorazione era meno vischiosa, e leggermente tinta in rosso; diminuita era l' intensità della febbre. Nei giorni successivi non si osservò altro che i sintomi di una semplice bronchitide, che non tardò essa pure a risolversi pienamente.

Abbiamo creduto conveniente di riferire questa breve osservazione per dare un esempio di una lieve peripneumonia, che momentaneamente si associò ad un semplice catarro polmonare, e che non manifestavasi per niun altro carattere fuorchè per quello degli sputi.

XXXVI. OSSERVAZIONE.

Uno stampatore, dell' età di venti due anni, entrò nello spedale della Carità il giorno 14 giugno 1820. Già da tre settimane era affetto da diarrea; nel giorno 11 giugno, ebbe molta tosse, e si sentì tal-

mente oppresso che non uscì di casa. Nella notte dell' undici al dodici fu preso da un dolore in corrispondenza della mammella sinistra, non tanto vivo, ma che aumentava sotto gli sforzi della tosse, e nelle profonde inspirazioni.

Nei giorni 12 e 13 insisteva il dolore e l' ammalato fu tormentato da una tosse quasi continua; stette a letto, e bevette alcuni piccoli bicchieri d' acquavita molto carica di pepe, che poi vomitò. Entrato nello spedale alla sera del 14 giugno, gli venne all' istante fatto un salasso.

Nel giorno 15 era nel seguente stato: respirazione breve, accelerata, che si eseguiva più col diaframma, che non colle coste; tosse frequente, secca, che veniva promossa dal più lieve movimento della persona; insistenza del dolore puntorio al lato; petto sonoro; mormorio d' espansione polmonare chiaro in tutta l' estensione dei polmoni, polso frequente e duro; pelle calda e secca; lingua bianchiccia; sete; ventre indolente e molle; ebbe cinque o sei scariche alvine nel corso di ventiquattro ore. Si giudicò essere questo individuo affetto da semplice pleuritide (*Vennero applicate trenta mignatte al lato sinistro del petto*).

16 giugno (quinta giornata di malattia), il dolore pleuritico non esisteva più, ma l' infermo espettorava una materia vischiosa, trasparente, e tinta in rosso. Considerevole era la difficoltà di respiro, ed intensa la febbre. La percussione e l' ascoltazione non somministravano verun nuovo indizio; ciò nondimeno non eravi alcun dubbio intorno all' esistenza dell' infiammazione del parenchima (*Salasso di sedici once. Bevande, e cristeri ammollienti*).

Sesto giorno: gli sputi sono maggiormente vischiosi;

capovolgendo il vaso non vi si distaccano, e presentano un color giallo ben distinto. Gli altri sintomi sussistono ancora al medesimo grado (*Salasso di dodici once*).

Settimo giorno: si sviluppò un dolore pleuritico all'altro lato del petto. Gli sputi conservano il medesimo aspetto, la respirazione è anelante, l'ansietà estrema; il polso frequentissimo; la pelle costantemente secca (*Venti mignatte de applicarsi al lato destro del petto*).

Ottavo giorno: meno sensibile è il dolore pleuritico; la respirazione è maggiormente affannosa. Nondimeno dalla percussione non si rileva in veruna parte del petto ineguaglianza di suono; mediante l'ascoltazione udivasi in ogni parte del petto il mormorio naturale della respirazione ma fortissimo (*Salasso di otto once. Due vescicanti alle gambe*). Nel corso della notte l'infermo andò in delirio.

Nel nono giorno i lineamenti della fisonomia, profondamente alterati esprimevano l'ansietà la più viva; un doppio dolore pleuritico esisteva, a destra al disotto della mammella, ed a sinistra nelle vicinanze del cavo dell'ascella. I movimenti inspiratorii erano brevi e precipitati. L'ammalato non poteva nè parlare, nè moversi, senza provocare una tosse dolorosa. Gli sputi erano ancora molto vischiosi e tinti in giallo; il polso frequentissimo era ancor duro: nè l'ascoltazione nè la percussione non somministrarono verun nuovo indizio. Malgrado lo scarso vantaggio ottenuto dalle numerose sottrazioni di sangue sino a quell'epoca istituite, Lerminier non esitò a ricorrervi nuovamente; ordinò quindi l'applicazione di quindici mignatte a ciascun lato del petto, e verso sera i senapismi alle estremità inferiori. Nel corso della notte andò nuovamente in delirio.

Nel decimo giorno era ancora nel medesimo stato. Nei

giorni undecimo, duodecimo, e decimo terzo il dolore diminuì in ambedue i lati; la respirazione era meno affannosa, gli sputi non cangiarono di carattere; la diarrea è profusa.

Nel quattordicesimo giorno si esacerbarono i dolori ai lati del petto; la respirazione era ancora molto affannosa (*Dieci mignatte a ciascun lato del torace. Due vescicanti alle cosce*).

Quindicesimo giorno: delirio; dispnea estrema, soppressione degli sputi; rantolo mucoso in diversi punti. Nella mattina del giorno successivo cessò di vivere.

Sezione del cadavere.

A destra, ed a sinistra le pleure costale e polmonare erano coperte da concrezioni albuminose e membraniformi. Nella cavità della pleura sinistra eravi un mezzo bicchiere all'incirca di siero torbido. Il tessuto dei due polmoni era in generale crepitante e sano; ma in molti punti, specialmente verso la loro radice, e nel centro, ambedue i polmoni presentavano varie piccole masse rosse e compatte, che costituivano altrettante epatizzazioni parziali. In altri luoghi ugualmente circoscritti l'epatizzazione non era ancora compiuta; ma il tessuto polmonare fortemente ingorgato si lacerava con una facilità estrema; i bronchi erano intensamente rossi sino nelle loro più piccole ramificazioni. La membrana mucosa dell' intestino tenue, e del ceco presentava molte piccole esulcerazioni con un circolo rosso all' intorno formato dalla stessa membrana mucosa; le ghiandole mesenteriche, corrispondenti a questa porzione d' intestino, erano rosse e tumide.

La sezione di questo cadavere mostrò qual sia la specie dell' alterazione che può subire il tessuto polmonare nei casi di peripneumonie, in cui la sede di questa alterazione non venga palesata nè dall' ascoltazione, nè dalla percussione. Non sembrava però che le numerose infiammazioni parziali rinvenute nei polmoni avessero potuto bastare per sè sole a cagionare la morte. Io sono d' avviso che debbasi attribuire l' esito fatale di questa malattia alla doppia pleuritide. I sintomi non divennero veramente gravi, la difficoltà di respiro specialmente non fu considerevole, e l' esistenza dell' ammalato non fu realmente compromessa, se non all' epoca della comparsa di questa doppia pleuritide, e soprattutto successivamente quando di nuovo si esacerbò. Notisi poi quanto fu energico il trattamento antiflogistico adoperato in questo caso, senza poterne ritrarre vantaggio alcuno (30).

XXXVII. OSSERVAZIONE.

Un uomo di trentasette anni percorse a piedi in sei giorni la strada da Guéret a Parigi (novantadue leghe); aveva già un po' di tosse quando abbandonò Guéret; soffiava il vento con gran violenza. Nel giorno 16 marzo 1820, vigilia del suo arrivo, provò un malessere in tutta la persona, e fu preso da brividi di freddo che durarono per tutta la giornata, e per tutta la notte del 16 al 17. Nel 17 fu obbligato a starsene a letto, nel 18 cominciò a sentire un dolore al lato destro del petto, al disotto della mammella, il quale non diminuì che pochissimo dietro l' applicazione di pannolini caldi. Nei giorni 18 e 19 era oppresso dalla febbre, ed aveva una tosse continua senza espettorazione alcuna. Nel 20 si

presentò allo spedale della Carità, ove fu ricoverato, ed al nostro esame offrì i seguenti sintomi.

Fisonomia in calma; i contorni del naso, e delle orbita erano di color giallo-pallido; facoltà senzienti, ed intellettuali in condizione fisiologica; forze musculari ancora energiche; decubito dorsale; respirazione non molto accelerata. Le grandi inspirazioni aumentano il dolore che risente ancora al disotto della mammella destra. Sotto la percussione il petto è sonoro come allo stato normale, ed è chiarissimo il mormorio di respirazione in ambedue i lati; tosse frequente; sputi gialli, vischiosi, riuniti in una massa gelatiniforme, alquanto scarsi; polso frequente e piccolo; lingua umida non coperta da veruna patina; sete; anoressia, ventre molle ed indolente, stitichezza d' alvo (*Dodici mignatte da applicarsi al lato destro*, *bevande e cristeri ammollienti*).

Nel 22 (settimo giorno dalla comparsa dei brividi di freddo) il colorito giallo della faccia, più manifesto di prima, si è diffuso alla cute di tutto il corpo; il polso è frequentissimo, la respirazione ben poco affannosa, la tosse frequente; la materia dell' espettorazione cangiò d' aspetto; è dessa acquosa e bruna, a guisa del sugo delle prugne (*Due vescicanti alle cosce*).

Nell' ottava giornata i lineamenti della fisonomia sono alterati e rugosi, le inspirazioni brevi e frequenti; estrema è la debolezza universale. Il mormorio di respirazione si sente con forza in tutta la periferia del torace, il quale sotto la percussione manda un suono uniforme e normale; soppressa è ogni espettorazione. Il polso è frequente, la pelle calda, la lingua umida e bianca, l'alvo stitico; è molestato da nausea continua.

Alcune ore dopo la visita l' infermo vomita materie nere; in breve cadde in un estremo sfinimento di forze;

i lineamenti sono grandemente scomposti; a quattro ore della sera si coricò sul lato destro, avendo la faccia pallida, gli occhi chiusi, la bocca semi-aperta, il polso filiforme, la cute urente, e il rantolo dei moribondi. A cinque ore spirò.

Sezione del cadavere.

Ambedue i polmoni sono crepitanti alla loro superficie, ed ingorgati di una sierosità scolorata e spumeggiante. In vicinanza della radice del polmone destro il suo tessuto è ridotto in una polpa giallo-grigia infiltrata di una sanie purulenta, e che facilmente, compressa tra le dita, si scompone. Verso la sommità del medesimo polmone, e lungo la sua superficie interna trovansi alcuni punti degenerati in epatizzazione rossa. La membrana mucosa dello stomaco presenta numerose punteggiature di un color rosso vivissimo in tutto il fondo ceco. I due terzi superiori dell'intestino tenue sono parimenti rosso-lividi, e contengono una ventina di ascaridi lombricoidi riuniti in masse nei luoghi ove l'infiammazione è più intensa, e circondati da una mucosità rossiccia.

In questo individuo pure, come nel caso precedente, dalla sede dell'infiammazione polmonare si rileva il motivo per cui nè l'ascoltazione, nè la percussione non somministrarono alcun lume per la diagnosi. I soli sputi indicarono non solo l'esistenza di una peripneumonia, ma eziandio il grado dell'infiammazione, l'epatizzazione bigia. L'ammalato poi, a guisa del precedente, non morì in conseguenza del sempre crescente affanno di respiro, non essendo stata giammai molto intensa la dispnea; il che era in perfetta relazione colla piccola

estensione della flogosi; ma invece cessò di vivere in uno stato d'adinamia, che frequentemente osservasi negli individui in cui la peripneumonia passò alla suppurazione. Contribuì poi a sollecitare la sua fine l'intensa flogosi di cui era affetto il canale intestinale. Riflettiamo di passaggio quanto oscuri furono i sintomi di questa ultima flemmassia.

Abbiamo fin qui riferito quei casi di peripneumonie nei quali l'espettorazione ne costituiva il solo segno caratteristico. Benchè isolato questo segno è di tanto valore che per sè solo basta a far riconoscere la natura della malattia.

Esporremo ora altri casi di peripneumonia in cui non vi fu alcuna espettorazione, o che presentarono un' espettorazione anomala.

ARTICOLO SECONDO

MANCANZA DEI SEGNI SOMMINISTRATI DALL'ESPETTORAZIONE.

La peripneumonia percorre talvolta i suoi diversi periodi, e termina in salute o colla morte, senza che siasi manifestata per veruna specie d' espettorazione caratteristica. Altre volte questa espettorazione non appare che nei primordii della malattia, ed immaturamente si sopprime. In altri casi finalmente gli sputi, che finora abbiamo veduto associarsi al terzo grado della flogosi polmonare, e che l' indicano in modo più positivo che ogni altro segno, si mostrano colle medesime apparenze anche negli altri due gradi della malattia. Tali sono i limiti delle nostre cognizioni, che, ogni volta che, avendo fatto una raccolta più o meno considerevole di fatti particolari, vogliamo generalizzarne

i risultamenti, è ben raro che nuove e più moltiplicate osservazioni non ci scoprano nuovi fatti contraddittorii ai primi. Ma fintanto che questi sono scarsi in novero, dobbiamo considerarli quali semplici eccezioni alla regola generale, che abbiamo stabilito. Quanto è importante, lo ripetiamo ancora, che il pratico si famigliarizzi con tal sorta d'anomalie dello stato morboso, affinchè si abitui a non negare l'esistenza di una malattia, perchè non si manifesta co' suoi sintomi ordinarii!

XXXVIII. OSSERVAZIONE.

Un magnano, dell'età di diciott'anni, di gracile costituzione, fu preso il 10 marzo 1820, da brividi di freddo cui subentrò un forte calore. All'indimani cominciò a tossire, senza veruna espettorazione. Nel terzo giorno espettorò qualche poco, e prese l'emetico, e da quest'epoca gli si sviluppò una lieve diarrea. Nel giorno 13 marzo entrò nello spedale della Carità, ove, da noi esaminato, riscontrammo i seguenti sintomi:

La fisonomia appariva in calma, ma le guance erano molto rosse: decumbeva sul dorso; aveva una tosse frequente, la respirazione accelerata, ed una leggere oppressione di petto; gli sputi erano trasparenti, spumeggianti, leggermente tinti in rosso, aderenti tra di loro, ma capovolgendo il vaso si distaccavano con facilità; udivasi sotto la percussione un suono ben poco ineguale in corrispondenza della parte posteriore del lato destro del torace; e quivi sentivasi anche una specie di rantolo crepitante; il polso era pieno e frequente; la pelle calda e secca; la bocca pastosa; la lingua gialliccia ed umida; aveva una gran sete; da jeri mat-

tina in poi ebbe quattro evacuazioni alvine liquide (*Trenta mignatte da applicarsi all' ano*, *due vescicanti alle gambe* ; *bevande ammollienti*).

All' indimani, sesto giorno di malattia, più accelerata era la respirazione, e maggiore la dispnea; il suono era ancora ineguale ; nei punti ove nel giorno antecedente eravi il rantolo crepitante, non si sentiva più verun mormorio respiratorio ; gli sputi, sempre trasparenti e leggermente tinti in rosso, sono talmente vischiosi, che si può capovolgere il vaso, e fortemente agitarlo senza che si distacchino; il polso è ancora pieno e frequente; ebbe quattro scariche alvine. *Tutti i sintomi indicavano essersi formata l'epatizzazione del polmone* (*Venti mignatte da applicarsi all' ano*, *due vescicanti alle cosce. Decotto di borraggine e d' orzo. Due brodi*).

Nel settimo giorno trovavasi nel medesimo stato ; gli sputi erano scarsissimi.

Nell' ottavo giorno aveva un respiro breve e frequentissimo, ed una grande oppressione di petto. La percussione e l' ascoltazione somministrarono i medesimi indizii. La tosse era frequente *senza veruna espettorazione* ; il polso era frequentissimo, forte e vibrante, la pelle calda e secca ; la lingua e le labbra rosse e secche; l' orina scarsa e rossa; ebbe tre scariche alvine liquide (*Salasso di dodici once*, *due senapismi*).

Nel nono giorno l' ammalato ha la respirazione anelosa e brevissima con una tosse secca, e non sente nemmeno il bisogno di espettorare. Il polso, ancor frequente, ha molto perduto della sua forza ; la cute è arida : ebbe quattro evacuazioni alvine ; l' orina è della medesima natura di quella del dì precedente (*Senapismi. Decotto di poligala con gomma*).

Nel decimo giorno sentesi ancora un lieve rantolo

crepitante (*La flogosi retrocedette dal secondo al primo grado*). Niuna variazione negli altri sintomi.

Nell' undecimo giorno la respirazione è meno accelerata ed alquanto più profonda. *Manca ogni espettorazione*, benchè la tosse sia frequentissima; sensibilissimo è il rantolo crepitante nella parte posteriore destra del torace; il suono è ancora ineguale. La faccia appare maggiormente in calma; la lingua è sempre rossa e secca; continua la diarrea.

Nei giorni duodecimo, decimoterzo, decimoquarto, l' infermo andò lentamente migliorando, quantunque si trovi in uno stato di grande debolezza; persiste la diarrea (*Un' oncia di radice di poligala, se ne faccia un decotto in una pinta d' acqua, e vi si aggiungano due once di siroppo del pyrus cydonia; pozione tonica con quattro grani di squilla; decotto d'orzo*).

Nei giorni successivi sempre più facile e libera divenne la respirazione; la tosse è poco frequente e *sempre secca*; il suono è ineguale; sentesi ancora il rantolo crepitante. I lineamenti della fisonomia si ricompongono ancora al loro stato naturale; la lingua è meno rossa, e più umida; persiste la diarrea (*Si continuò nelle medesime prescrizioni, aggiungendo una dose di elettuario di diascordio da prendersi alla sera*).

Nel decimo nono giorno le orine sono leggermente torbide. Nei giorni ventesimo, ventesimo primo e ventesimo secondo sudò moltissimo; continuò il rantolo crepitante, e l' ineguaglianza del suono; la tosse è rara e sempre secca. Il polso conserva ancora una frequenza morbosa; cessò la diarrea.

Nel ventesimo terzo giorno non sudò più. Al rantolo va sostituendosi il fremito naturale della respirazione; il malato si trova in buon essere. Finalmente nel ven-

tesimo settimo giorno per la prima volta si sente il mormorio della respirazione uguale in ambedue i lati, ed allo stato normale. Cessata è l' ineguaglianza del suono; il polso non è più frequente, e l' ammalato nel trentesimo terzo giorno uscì dallo spedale pienamente ristabilito in salute.

In questo individuo apparve nel terzo giorno l'espettorazione co' suoi consueti caratteri; successivamente a misura che l' infiammazione dei polmoni faceva progressi gli sputi divennero più vischiosi. Ma nell' ottavo giorno quando la peripneumonia era giunta al più alto grado, improvvisamente si soppresse l' espettorazione, e non si ristabilì più sino al termine della malattia. In questo caso non trattavasi soltanto di soppressione dell' escrezione degli sputi, ma realmente cessata ne era anche la secrezione. La risoluzione della peripneumonia avvenne molto lentamente, e parve che fosse assecondata dai copiosi sudori. Nel decimo giorno, per verità, il rinnovarsi del rantolo crepitante indicò che incominciava il processo di risoluzione. Ma nei successivi dodici o tredici giorni questa risoluzione non fece alcun progresso; l' insistenza dell' ineguaglianza del suono, la natura del rantolo crepitante non frammisto al mormorio naturale d'espansione polmonare, indicavano bastevolmente che l'epatizzazione predominava ancora d' assai sul semplice ingorgo; in capo a questo tempo si manifestarono abbondanti sudori, ed allora soltanto si osservò un' assoluta e pronta risoluzione.

In questo individuo le emissioni di sangue furono assai meno prodigate che in molti dei precedenti ammalati; e dopo il decimo giorno si usò un metodo roborante ed attivo; ma sarebbe difficile il determinare

quale influenza esercitò sull' andamento della malattia. Egli è però certo, che i tonici vennero somministrati in un' epoca in cui sussistevano tuttora i sintomi d' irritazione intestinale; eppure questi sintomi si dissiparono nel medesimo tempo in cui avvenne la risoluzione della peripneumonia (31).

XXXIX. OSSERVAZIONE.

Un uomo dell' età di sessant' un anno lagnasi, il giorno 6 giugno 1820, di un malessere generale; è continuamente disturbato dalla nausea, e nella stessa sera venne preso da febbre, da tosse, e da difficoltà di respiro. Passò la notte in questo stato. All' indimani, i sintomi del giorno antecedente sussistono tuttora e con maggiore intensità; il malato comincia ad espettorare. Consultò un medico, che gli prescrisse *un emetico; un vescicante al petto*; *e bevande ammollienti*. Vomitò una gran quantità di bile.

Nel giorno 10 giugno questo ammalato entrò nello spedale della Carità, ed alla visita dell' 11 (quinta giornata di malattia) lo ritrovammo nel seguente stato: faccia pallida ed abbattuta, grandissima ansietà generale; decubito dorsale; prostrazione di forze; respirazione molto accelerata; tosse frequente con espettorazione acquosa e bruniccia simile al sugo delle prugne. In tutto il lato sinistro del petto odesi benissimo il mormorio d' espansione polmonare. A destra invece odesi in molti punti il rantolo crepitante; ed in altri luoghi, specialmente nella porzione inferiore non si sente verun suono. Qualche volta ad intervalli si sente anche il rantolo sibiloso. Il polso è frequente, mediocremente forte; la cute non tanto calda. La lingua è coperta da

una patina gialliccia densissima; la bocca è amara; il ventre molle, indolente; niuna abnormità nelle evacuazioni alvine (*Due vescicanti da applicarsi alle gambe; dodici grani d' ipecacuana. Nella sera antecedente fu fatto un salasso di otto once*).

Ecco la diagnosi: peripneumonia al primo grado, nella parte superiore del polmone destro; peripneumonia al secondo grado, e probabilmente al terzo grado (avuto riguardo alla natura degli sputi) in molti punti verso la base di questo medesimo polmone.

L' estrema prostrazione di forze, la dispnea portata al massimo grado, e finalmente la natura dell' espettorazione persuasero Lerminier a stabilire un pronostico infausto.

All' indimani a quattro ore del mattino (sesto giorno di malattia) l' ammalato morì.

Sezione del cadavere.

Epatizzazione rossa del lobo inferiore del polmone destro. Il lobo medio era in parte ingorgato, ed in parte affetto d' epatizzazione rossa. I bronchi, di un colore rosso livido assai fosco, erano riempiti di un liquido bruno e spumeggiante simile alla materia dell' espettorazione.

Questa osservazione è della massima importanza, comprovando essa, che l' espettorazione acquosa simile al sugo di liquirizia, o delle prugne, come fu da noi descritta, può formarsi nel corso di una peripneumonia, quantunque il polmone non sia in suppurazione, e sia soltanto affetto d' epatizzazione rossa. Ma questo caso, lo ripetiamo, ci sembra un' eccezione.

Non fa bisogno di dire, che, se in campagna nel primo giorno di malattia si fosse fatto un salasso a questo ammalato, invece di applicargli immaturamente un vescicante al petto, non avrebbe forse dovuto soccombere.

XL. OSSERVAZIONE.

Un falegname dell' età di ventitrè anni, di robusta costituzione, soffriva già da due mesi un' affezione reumatica, ed allo scopo di liberarsene andava a prendere i bagni allo spedale di S. Luigi. Nel giorno 18 febbraio, dopo essersi occupato per tutta la giornata in lavori di sua professione, a cinque ore della sera fu preso da brividi di freddo universali, a cui succedette poco dopo un calore ardente; in quella notte cominciò a tossire. All' indimani non andò a prendere il bagno, e fu costretto a ritirarsi in casa per essersi rinnovati i brividi di freddo cui si aggiunse un dolore laterale al di sotto della mammella destra, ed una tosse più intensa. Restò in questo stato non avendo mai abbandonato la sua stanza sino a lunedì 22, bevendo dell' acqua dolcificata con zuccaro, ed un poco di vino.

Nella sera del 22 fu ricoverato nello spedale della Carità, ove gli venne fatto all' istante un salasso. Durante la notte del 22 al 23 andò per la prima volta in un profuso sudore, che continuava ancora nella mattina del 23 (quinto giorno di malattia). Percosso allora il petto mandava un suono ineguale a destra inferiormente. Sotto l' ascella del medesimo lato udivasi un rantolo crepitante ben distinto. Inferiormente abolita era la respirazione; l' infermo sentiva un' oppressione assai molesta; i suoi movimenti inspiratorii erano pre-

cipitati e brevi: tossiva frequentemente emettendo sputi acquosi simili nel colore e per la consistenza al sugo delle prugne. Gli spazj intercostali del lato destro, dalla quarta sino alla sesta o settima costa, erano dolenti sotto la pressione. Aveva un polso frequente e pieno, la lingua bianchiccia, ed eravi stitichezza d' alvo (*Salasso di sedici once*). Il sangue di questo salasso e del precedente presentò una densa cotenna.

Nel sesto giorno la respirazione era più libera; durante la notte sudò. Nel settimo giorno l' ammalato si felicitava assai del miglioramento in cui si trovava. Nella parte destra ed inferiore del torace minore era l'ineguaglianza del suono, ed udivasi un rantolo crepitante. La respirazione che sembrava appena affannosa quando l'infermo era coricato, si accelerava in modo singolare quando si sforzava di sedere sul proprio letto. Non sentiva più il dolore puntorio al lato; il polso non era che mediocremente frequente; nondimeno gli sputi erano tuttora di cattivo aspetto; sudò ancora nella notte. Passò l' ottavo giorno nel medesimo stato.

Nei giorni nono, decimo ed undecimo l' espettorazione non fu che di semplice catarro. Sotto l' ascella destra al rantolo crepitante erasi sostituito il mormorio naturale della respirazione; più in basso udivasi ancora un legger rantolo, ma frammisto al mormorio d'espansione polmonare. Il polso si mantiene ancor frequente; continua il sudore alla notte (*Decotto di poligala*). Nei giorni undecimo e duodecimo il mormorio d' espansione polmonare va sempre più predominando sul rantolo crepitante, il quale nel quattordicesimo giorno non si sentiva che in pochi punti e ad intervalli; una copiosa diarrea si sostituì ai sudori, e durò per cinque o sei

giorni, trascorsi i quali, l'infiammazione dei polmoni parve intieramente risolta.

In questo caso pure, come nel precedente, la peripneumonia non oltrepassò certamente il secondo grado, quantunque dalla natura dell'espettorazione sembrasse che la flogosi ivi esistesse in terzo grado. I sintomi però si succedettero con molta regolarità. Quando l'ammalato entrò nello spedale, era esso affetto da un ingorgo infiammatorio verso la sommità del polmone destro, e da epatizzazione rossa di una parte del suo lobo inferiore. Questa epatizzazione prontamente retrocedette sino al semplice ingorgo; ma la completa risoluzione si fece desiderare lungamente; si sentì ancora il rantolo crepitante molti giorni dopo che la materia dell'espettorazione era puro catarro. Ai sudori, che erano comparsi quando l'ammalato cominciava a migliorare, si sostituì nel quattordicesimo giorno un'abbondante diarrea. Questo spontaneo flusso di ventre sollecitò forse la completa risoluzione della peripneumonia, e potrebbesi con qualche fondamento annoverare fra i fenomeni critici.

Pochi salassi bastarono a vincere questa peripneumonia; immediatamente dopo il secondo parve che incominciasse il processo di risoluzione, e da questo momento la malattia fu quasi abbandonata alle sole forze medicatrici della natura. In simili casi abbiamo veduto dall'uso dei vescicanti sollecitarsi manifestamente la risoluzione.

XLI. OSSERVAZIONE.

Un cuoco, dell'età di cinquantasei anni, di gracile

costituzione, nel giorno 5 di luglio 1820, fu preso da un vivo dolore al di sotto della mammella destra, e nei giorni successivi gli si sviluppò la tosse con espettorazione. Entrato nell' ospedale della Carità nella sera del 10, immediatamente gli venne fatto un salasso, e nella mattina dell' 11 (sesto giorno di malattia) alla nostra visita presentò i seguenti sintomi:

Respirazione mediocremente accelerata; percuotendo il petto, ne risentiva dolore in tutta la parte laterale destra, ma non eravi ineguaglianza di suono. A sinistra forte e chiaro era il mormorio d' espansione polmonare; ma a destra invece, posteriormente ed in basso, udivasi un rantolo crepitante che però non lo mascherava intieramente; alla sommità della scapola, e sotto la clavicola del medesimo lato, si sentiva la respirazione con altrettanta forza e chiarezza come a sinistra; il polso era frequente e pieno, la faccia rubiconda. Dal complesso di questi sintomi sembrava che si trattasse di una peripneumonia al primo grado. Nondimeno fummo sorpresi dall'aspetto degli sputi, che, sebbene emessi con facilità, erano però formati da un liquido simile al sugo delle prugne (*Venti mignatte da applicarsi al lato destro del petto; bevande e cristeri ammollienti*).

All' indimani, settimo giorno di malattia, gli sputi avevano cangiato aspetto e stavano in relazione cogli altri sintomi; erano essi leggermente tinti in rosso e vischiosi, come ordinariamente lo sono nel primo grado della peripneumonia. Del resto, l' infermo trovavasi ancora nel medesimo stato.

Nei giorni ottavo e nono si sentiva più chiaramente il mormorio d'espansione polmonare ove esisteva il rantolo; la respirazione ed il polso non sono che ben

poco frequenti; gli sputi conservano ancora il medesimo aspetto.

Nei giorni successivi la materia dell' espettorazione non è che semplice catarro, e l' ammalato trovasi in piena convalescenza.

In questo individuo la peripneumonia non arrivò al grado d' epatizzazione rossa; essa fu talmente leggere, che bastò a vincerla un solo salasso, e l' applicazione di venti mignatte al lato dolente. Nondimeno abbiamo qui pure osservato la materia dell' espettorazione simile *al sugo delle prugne*. Essa, per verità, non presentò questo carattere che un sol giorno, e tosto vi si sostituì l' espettorazione ordinaria del primo grado.

La considerazione dei tre fatti d' espettorazione anomala che ora abbiamo riferiti, deve persuaderci, che nella peripneumonia l' ispezione degli sputi non può somministrare che maggiori o minori probabilità, ma non mai l' assoluta certezza intorno al grado della malattia, ed all' esito che sta per succedere. Esporremo ora altri casi di peripneumonia, che non furono accompagnati da veruna espettorazione caratteristica.

XLII. OSSERVAZIONE.

Un uomo, dell' età di trent' anni, al principio del mese di settembre 1819, entrò nello spedale della Carità. Era esso improvvisamente stato assalito da un vivo dolore al di sotto della mammella sinistra, accompagnato da febbre violenta, da difficoltà di respiro, e da tosse secca; nella sera si associò a questi sintomi un lieve delirio, e nel giorno successivo era ancora nel medesimo stato. Per la prima volta venne da noi visi-

tato nella mattina del terzo giorno. La faccia era pallida ed abbattuta; decombeva sul dorso; le inspirazioni erano brevi e frequentissime. Il suono era ineguale in quasi tutta l' estensione del lato sinistro del petto; la tosse frequente, l' espettorazione semplicemente catarrale, il polso frequente e piccolo. Tutto persuadeva che si fosse formata un' effusione nella pleura sinistra (*Salasso di dodici once*).

Nel quarto giorno era ancora nel medesimo stato (*Largo vescicante da applicarsi al lato sinistro del torace*).

Nel quinto giorno ritrovammo l'infermo in uno stato di estrema ansietà; in corrispondenza della regione diaframmatica soffriva dolori sì forti che lo costringevano a mandar delle grida. *Non aveva espettorazione alcuna.* Nel corso della notte delirò.

Nel sesto giorno i lineamenti della faccia erano profondamente alterati; l'infermo era anelante, aveva espettorato poca mucosità trasparente mista a strisce opache come nella bronchitide acuta. Morì nella notte del sesto al settimo giorno.

Sezione del cadavere.

Niuna effusione esisteva nella pleura; ritrovammo varie antiche aderenze a sinistra tra la pleura costale e la polmonare. La base del polmone sinistro stava unita al diaframma per mezzo di uno strato albuminoso, molle, non ancora organizzato. La membrana mucosa dei bronchi era di un color rosso vivo.

All' epoca in cui venne fatta questa osservazione non conoscevasi ancora generalmente il metodo dell' ascol-

tazione, e senza di esso era impossibile in questo caso di non prendere la peripneumonia per un' effusione, e coadiuvati da questo presidio diagnostico, incerto era ancora se evitar si poteva l'inganno. In fatti il suono era talmente ineguale nel primo giorno in cui esaminammo l' ammalato, che eravi motivo di credere che fin d'allora esistesse una completa epatizzazione. A che adunque avrebbe servito l'ascoltazione? Forse non si sarebbe sentito nè mormorio respiratorio, nè rantolo, nè un particolare rimbombo della voce; il che avrebbe potuto ugualmente dipendere o da una effusione considerevole, o da una forte epatizzazione; ovvero avremmo udito la respirazione bronchiale, e quel rimbombo particolare della voce, che si avvicina ora all'egofonia, ed ora alla pettoroloquia; ma questi segni presentano tante gradazioni che, eccettuati i casi d'egofonia ben distinti, sarebbero, a nostro avviso, insufficienti per far distinguere un' effusione nella pleura da un'epatizzazione del polmone.

La cosa non è così quando si vedono gli ammalati prima che l' epatizzazione sia completa; allora l' ascoltazione somministra nuovi segni, che malgrado la mancanza degli sputi caratteristici non lasciano alcun dubbio intorno all' esistenza della peripneumonia.

Le osservazioni seguenti serviranno di prova a questa nostra asserzione.

XLIII. OSSERVAZIONE.

Un muratore, dell' età di cinquantadue anni, entrò nello spedale della Carità, il giorno 21 giugno 1822. Aveva esso la cute bianca, i capelli rossi, ed i muscoli ben sviluppati. Giunto recentemente a Parigi, presen-

tava allora il complesso dei sintomi, che costituiscono la febbre biliosa; trattato con semplici bevande acidule, quest'uomo era in piena convalescenza al principio del mese di luglio. Già da alcuni giorni aveva contratto un lieve catarro polmonare che nel 6 luglio si esacerbò, associandovisi anche un movimento febbrile. Nei giorni 7 e 8 dello stesso mese gli insulti di tosse erano frequenti e penosissimi; e provava una sensazione come di lacerazione dietro lo sterno, e persisteva la febbre (*Bevande ammollienti*, *dieta*).

Nel 9, la respirazione sembrava per la prima volta considerevolmente accelerata, e la febbre era intensa. Nondimeno il petto era sonoro come allo stato normale, e la materia dell' espettorazione componevasi di semplice catarro; ma l' ascoltazione fece riconoscere un leggere rantolo crepitante frammisto al mormorio d' espansione polmonare nello spazio compreso tra la clavicola sinistra e la mammella, nel cavo dell' ascella, e nelle fosse sopra e sotto-spinose del medesimo lato. Nelle altre parti del petto il mormorio della respirazione era forte e chiaro, fuorchè in pochi punti ove veniva alterato da un legger rantolo mucoso. Lerminier fu di avviso, che si trattasse di un' infiammazione al primo grado del lobo superiore del polmone sinistro. Sembrava che questa infiammazione fosse a poco a poco succeduta alla flogosi dei bronchi (*Venti mignatte da applicarsi al di sotto della clavicola sinistra, salasso di dodici once*). — Il sangue presentò una densa cotenna; il coagulo era piccolo e circondato da molta copia di siero.

Nel giorno 10 trovavasi ancora nel medesimo stato; nel 11 il rantolo crepitante, più sensibile, mascherava intieramente il mormorio d' espansione polmonare; il

petto al di sotto della clavicola sinistra era meno sonoro che nei giorni addietro. Era quindi manifesto che l'infiammazione polmonare aveva fatto progressi; nondimeno l'*espettorazione mantenevasi allo stato di semplice catarro* (*Salasso di dodici once*). Sangue cotennoso a guisa della prima volta.

Nei giorni 12 e 13 non scorgevasi alcun sensibile cangiamento, ed in ispecie gli sputi non erano caratteristici, ma composti di un muco bianco e filamentoso (*Vescicanti da applicarsi alle gambe*).

14. — Nelle parti indicate corrispondenti al lobo superiore del polmone sinistro non sentesi che un rantolo crepitante debolissimo, non frammisto a verun mormorio inspiratorio; sotto la clavicola e nel cavo dell'ascella di questo lato il suono è ineguale; la respirazione è assai più affannosa che non nei giorni precedenti. *Persiste tuttora l'aspetto catarrale degli sputi.* Il polso è frequente e duro, la pelle calda e secca. Trattasi di un'*incipiente epatizzazione.* Conviene nuovamente ricorrere alle emissioni di sangue (*Salasso di sedici once*). — Sangue cotennoso, coagulo molle, che facilmente si scioglie nella sierosità.

15, 16, 17. — Sembra che la malattia rimanga stazionaria; *gli sputi non hanno cangiato aspetto.* (*Si prescrissero bevande ammollienti*).

Nel giorno 18 avvenne una nuova esacerbazione della malattia; sotto la clavicola il suono è molto ineguale. Tra quest' osso e la mammella, e posteriormente in corrispondenza della spina dell' omoplata si sente, ogni volta, che l' ammalato inspira, quel mormorio particolare, che noi abbiamo distinto col nome di respirazione bronchiale. Quando parla, la voce tramanda un suono singolare, che non esiste in verun altro punto

del torace. Questa doppia modificazione del mormorio respiratorio e della voce era talmente distinta, che volentieri l' avremmo attribuita all'esistenza di un' escavazione tubercolare vuota, se gli altri segni commemorativi ed attuali non ci avessero dissuaso da questa idea. Grande appariva la difficoltà di respiro; gli sputi non erano ancora caratteristici; il polso era frequentissimo, ma non più sì duro (*Salasso di otto once, vescicanti da applicarsi alle cosce*). — Sangue cotennoso, coagulo largo e molle.

19. — La respirazione è talmente affannosa, che il malato può a stenti pronunciare con voce anelante alcune parole interrotte. Sussistono ancora gli altri sintomi al medesimo grado (*Senapismi da applicarsi alle estremità inferiori*).

20. — Sentesi un rantolo crepitante sotto la clavicola destra, che nei giorni 21 e 22 persiste tuttora. Odesi continuamente a sinistra la respirazione bronchiale, ed il rimbombo della voce. L'infermo non espettora più, e muore nel giorno 24 in conseguenza del sempre crescente affanno di respiro.

Sezione del cadavere.

Il lobo superiore del polmone sinistro era degenerato in un tessuto rosso, compatto, che posto nell' acqua precipitava al fondo, si lacerava colla massima facilità, e sembrava formato da una quantità di piccole granulazioni rosse compresse tra di loro. Il lobo superiore del polmone destro era di un colore rosso intenso, aveva minor consistenza degli altri lobi di questo medesimo polmone, ed inciso, ne colò un' enorme quantità di siero sanguinolento. Le altre parti del tessuto

polmonare erano sane. I bronchi erano assai rossi, e ripieni di muco che ivi si accumulò da che erasi soppressa l' espettorazione. Non esisteva traccia alcuna di infiammazione delle pleure. — Le cavità destre del cuore venivano distese da un sangue nerastro, in parte coagulato, ivi in gran copia raccolto. — Il fegato e la milza erano ingorgati di sangue. La superficie interna dello stomaco, e delle intestina era intensamente rossa. I follicoli mucosi dell'intestino crasso presentavano uno straordinario sviluppo.

In questo caso non eravi bisogno dell' esistenza degli sputi caratteristici della peripneumonia per riconoscere quest'affezione. Pochi casi abbiamo veduto in cui l'ascoltazione ci abbia somministrati dati sì positivi; ed ogni giorno, mediante questi dati, si è potuto seguire i progressi dell' infiammazione con una precisione tale, che il senso della vista non sarebbe stato più fedele.

Avanti l' introduzione del doppio metodo della percussione, e dell' ascoltazione, la dispnea sarebbe stata il solo segno che avrebbe potuto condurci a riconoscere, o per meglio dire ad indovinare l' esistenza della peripneumonia. Quindi le infiammazioni polmonari, senza espettorazione caratteristica, dovevano ordinariamente sfuggire all' investigazione dei medici. Su questo proposito dobbiamo ammirare la grande sagacità di Stoll, che più d' una volta, dietro i soli caratteri della respirazione, arrivò ad istituire la diagnosi delle peripneumonie latenti.

Per lungo tempo si considerò come un segno infausto, nella peripneumonia, la mancanza degli sputi sanguinolenti. Van-Swieten ne' suoi commentarii all' opera di Boerhaave stabilì, che le peripneumonie senza

espettorazione sono pericolose per le lesioni organiche che lasciano dietro di sè, o nel polmone, o in qualche altro viscere. Cullen parimenti opinava che era ben raro il vedere queste specie di peripneumonie terminare in una completa risoluzione. Questi principii sembrano specialmente appoggiati alla teoria, secondo la quale credevasi la peripneumonia prodotta da una materia morbifica fissata sul polmone; e quantunque sembri che le osservazioni da noi riferite confermino l'opinione di Van-Swieten e di Cullen, pure altre ve n' hanno che ne dimostrano la fallacia. Eccone due casi di questo genere.

XLIV. OSSERVAZIONE.

Un uomo di quaranta sei anni, che abitualmente godeva ottima salute, già da tre settimane sente un vivo dolore nella parte laterale sinistra del torace, in corrispondenza delle sei o sette ultime coste. Il malato non ha tosse, nè febbre. Questo dolore viene preso per un semplice dolore reumatico, e combattuto coll' applicazione di dodici sanguisughe. Ciò nondimeno esso persiste, nè un salasso generale fu di maggior vantaggio; cessò invece dietro l' applicazione di un vescicante rubefacente. L' infermo, liberato dal suo dolore, si disponeva ad abbandonare l'ospedale, quando improvvisamente il polso si accelerò, la cute divenne calda, il respiro breve e frequente. Contemporaneamente aveva una lieve tosse con *espettorazione semplicemente catarrale*. Udivasi chiaramente il mormorio d'espansione polmonare in ogni parte del petto, fuorchè posteriormente ed a sinistra, ove era modificato dal rantolo crepitante. Il petto era sonoro. Lerminier non dubitò dell'esistenza

di una peripneumonia del lato sinistro, e quindi prescrisse un salasso di sedici once.

All' indimani trovavasi ancora nel medesimo stato. Nel terzo giorno il suono del torace era alquanto ineguale posteriormente a sinistra; sussisteva tuttora il rantolo crepitante. Il petto sotto la percussione era in ogni altra parte sonoro come allo stato normale, e l'ascoltazione somministrò i medesimi segni; aveva ancora difficoltà di respiro e la tosse. La materia dell' espettorazione fu costantemente simile a quella d' una semplice bronchitide acuta; dopo il nono giorno il rantolo diminuì, e così pure l'ineguaglianza del suono: il mormorio di respirazione a sinistra posteriormente ricuperò a poco a poco la chiarezza propria dello stato sano, e contemporaneamente diminuì di forza negli altri punti del petto. In breve si ristabilì pienamente in salute.

La mancanza di ogni espettorazione caratteristica avrebbe renduto impossibile la diagnosi di questa peripneumonia avanti l' introduzione del metodo dell' ascoltazione. Qui però l' infiammazione polmonare fu molto mite; essa non oltrepassò verisimilmente il primo grado, ma fu di lunga durata dopo essere rimasta stazionaria per molti giorni, e diminuì a poco a poco senza che la sua risoluzione fosse sollecitata e favorita da verun fenomeno critico. Faremo eziandio riflettere al carattere del dolore, che precedette l'invasione della peripneumonia. Dipendeva esso forse da un' infiammazione della pleura? Questo dolore non si dissipò colle sottrazioni di sangue, ed invece svanì dietro l' applicazione di un vescicante allo spazio dolente.

XLV. OSSERVAZIONE.

Un giovane, di sedici anni, di gracile costituzione, entrò nello spedale della Carità nel corso del mese d'aprile 1821. Durante il trascorso inverno erasi occupato in lavori troppo faticosi per la sua età e la sua costituzione. Già da tre settimane soffriva la tosse, e quando venne ricoverato nello spedale era affetto da lieve difficoltà di respiro, e da febbre. Percuotendo il petto a sinistra posteriormente era meno sonoro che non a destra; ivi pure esisteva un rantolo crepitante ben distinto, non frammisto a verun mormorio d'espansione polmonare. Dietro questi segni, era ragionevole di ammettere l'esistenza di una peripneumonia che stava per passare dal primo al secondo grado. Nondimeno la materia dell' espettorazione era simile *a quella del semplice catarro*. La gracile costituzione dell' infermo, lo stato quasi cronico della peripneumonia, persuasero Lermінier ad usare con moderazione delle sottrazioni sanguigne. Nel primo giorno furono applicate quindici mignatte al lato sinistro, e quivi all' indimani si applicò un largo vescicante, e successivamente si mantenne la piaga in suppurazione. L' infermo non prese altro nutrimento fuorchè alcuni brodi.

Per quindici giorni non si osservò alcun cangiamento nella condizione dell' ammalato; dopo di che a poco a poco il lato sinistro ricuperò il suo suono normale, si ristabilì nella sua ordinaria chiarezza il mormorio di respirazione, cessò la tosse, non che ogni movimento febbrile, e l' infermo ricuperato in salute abbandonò lo spedale verso la metà del mese di maggio.

Questa osservazione offre un esempio notevolissimo

di quelle peripneumonie latenti, in cui la invasione, il decorso, ed i sintomi presentano una tale oscurità, che senza il sussidio dell' ascoltazione e della percussione resterebbero infallibilmente sconosciute. Molte affezioni di petto, che frequentemente si considerano come semplici catarri polmonari accompagnati da febbre, devono annoverarsi fra queste specie di peripneumonie. Un simile inganno non sarebbe dannoso, se per esso più volte non si avesse trascurato l' uso dei mezzi terapeutici convenienti. Abbandonata a sè medesima, perchè se ne ignorava la natura e per conseguenza non se ne riconosceva il pericolo, questa forma di peripneumonia fu soventi la causa di una disorganizzazione mortale del polmone, della produzione di tubercoli nel suo tessuto, ecc.

Esistono peripneumonie latenti, nelle quali non solo manca ogni espettorazione caratteristica, ma eziandio la stessa respirazione non sembra affannosa nè difficile. Queste peripneumonie *senza espettorazione e senza dispnea* non si riscontrano fuorchè nel corso di altre malattie. Tratteremo di queste all' articolo delle complicazioni.

ARTICOLO TERZO

CONTEMPORANEA MANCANZA DEI SEGNI SOMMINISTRATI DALL' ASCOLTAZIONE, DALLA PERCUSSIONE, E DALL' ESPETTORAZIONE.

Non abbiamo finora osservato, che un solo esempio di questo genere.

XLVI. OSSERVAZIONE.

Un sarto, dell' età di cinquantun' anno, entrò nello

spedale della Carità il giorno 22 luglio 1822. Già da molti anni questo individuo va soggetto ad affezioni catarrali, o qualche volta anche all' emoftisi, ed ora sono quindici giorni da che è molestato da una gran tosse. Nella mattina del 19 luglio sentì un vivo dolore tra la mammella del lato sinistro e lo sterno, e contemporaneamente fu preso da febbre, ed aumentò la tosse. Nel 20 e 21 continuò il dolore, e la respirazione divenne affannosa. Nel 22 trovasi nel seguente stato: respirazione breve accelerata; parla con voce anelante; ha una tosse quasi continua con sputi mucosi, spumeggianti. Il dolore continua, e si diffonde sino all' epigastrio; il petto è sonoro come allo stato normale; mediante l'ascoltazione sentesi il mormorio di respirazione con forza e chiarezza, il polso è frequente e duro, la pelle calda e secca. Si giudicò essere questo ammalato affetto da bronchitide acuta, complicata da infiammazione della pleura sinistra (*Salasso di sedici once, quindici mignatte da applicarsi al lato dolente, bevande ammollienti*). Il sangue presentò cotenna.

23. — (Quinto giorno di malattia), il dolore pleuritico era quasi intieramente cessato; l' ascoltazione e la percussione somministravano ancora i medesimi indizii; l' espettorazione è tuttora insignificante. Nondimeno aumentò d'assai la difficoltà di respiro, e la febbre era intensa (*Quindici sanguisughe da applicarsi all' ano*). Sesto giorno: dispnea estrema; faccia pallida raggrinzata; polso talmente frequente che difficilmente si possono annoverare i suoi battiti. Il dolore però non si è più ridestato; la tosse è rara ed accompagnata da alcuni sputi di semplice catarro; il petto è sonoro; il mormorio respiratorio è chiaro, ma fortissimo. Sembrava evidente, che nè il parenchima

polmonare, nè le pleure non fossero affette d'infiammazione. Ma d'altra parte una semplice bronchitide non poteva dar origine a sì gravi accidenti, e specialmente a tanta difficoltà di respiro; noi però ne abbiamo già riferito un altro esempio alla pag. 234 di questo volume. Procedendo col metodo dell'esclusione, credemmo trattarsi di una pericarditide, quantunque il polso fosse perfettamente regolare, ed i battiti del cuore non presentassero altra abnormità fuorchè un'estrema frequenza (*Trenta mignatte da applicarsi alla regione dei precordii, salasso di dodici once*). Il sangue presentò cotenna, e l'ammalato delirò per tutta la notte.

Nel settimo giorno era in uno stato comatoso, non rispondeva alle domande che gli venivano fatte.

Niuna variazione nei sintomi del petto (*Due vescicanti da applicarsi alle gambe*). — Nel corso della giornata la respirazione divenne stertorosa, e l'infermo spirò nella notte successiva.

Sezione del cadavere.

Viva injezione del tessuto cellulare posto sotto l'aracnoidea della convessità degli emisferi cerebrali, con infiltrazione purulenta in alcuni punti; ventricoli laterali distesi da una gran quantità di siero torbido.

Il polmone sinistro presenta in vicinanza della sua base ed ai contorni dell'inserzione dei bronchi, molti punti, in cui il suo tessuto è rosso, compatto, e che facilmente si può lacerare. Il polmone destro, quasi nel medesimo luogo, è affetto d'epatizzazione rossa frammista ad un'incipiente epatizzazione bigia. La sommità del polmone destro è disseminata di alcuni tuber-

coli circondati da un tessuto sanissimo. I bronchi sono rossi e pieni di mucosità; varie aderenze molli uniscono il margine anteriore del polmone sinistro alla pleura costale. Il pericardio non presenta veruna traccia di infiammazione. I visceri dell' addomine sono in condizione normale.

Questa osservazione è singolare per la mancanza di tutti i segni, dai quali avrebbesi potuto riconoscere la peripneumonia; questa però realmente esisteva, interessava ambedue i polmoni, ed in alcuni punti era già pervenuta al terzo grado, di modo che cagionò quella gran difficoltà di respiro, che a motivo della mancanza di altri segni proprii della peripneumonia, potevasi non senza ragione credere dipendente da una pericarditide. Ripetiamo qui con Morgagni: « Adeo in medicina facile est per ea ipsa interdum decipi, quae facere videntur ad vitandas deceptiones! » (Epist. xx, pag. 30).

CAPITOLO TERZO

PLEURO-PNEUMONITIDI COMPLICATE CON ALTRE MALATTIE.

La diagnosi della peripneumonia sarebbe ancora molto imperfetta, se si fosse osservata soltanto in persone in cui tale malattia non è complicata da verun' altra. In quest'ultimo caso infatti succede frequentemente, che l' infiammazione del parenchima polmonare non si presenta più colla forma sua propria. Sopraggiunge essa durante il decorso di altre affezioni; l' epoca della sua invasione sfugge talvolta alle più attente investigazioni, e già è avvenuta la disorganizzazione del polmone, prima che la difficoltà del respiro, o la natura degli sputi

ne abbiano svelata la sua esistenza. In certi casi alcuni fra i suoi sintomi più caratteristici perdono del loro valore; vedremo, per esempio, in molte successive osservazioni, divenire del tutto insignificanti, in forza di determinate complicazioni, i segni desunti dallo stato più o meno libero della respirazione, dalla percussione, e dall' ascoltazione. Altre malattie al contrario insorgono nel corso di una peripneumonia, sì che i sintomi di questa soventi si alterano, si confondono in modo singolare. Ma tali diverse complicazioni non devonsi studiare soltanto sotto il rapporto della diagnosi; la loro conoscenza è altresì della massima importanza per il pronostico, e per la terapia. In un' altra parte di quest' opera tratteremo delle peripneumonie latenti, che sì frequentemente si manifestano nel corso delle febbri gravi, e ne costituiscono una delle più funeste complicazioni; soventi non vi si associa nè dolore, nè dispnea, nè veruna espettorazione, e soltanto avvi una legger tosse. Esporremo qui particolarmente i casi di peripneumonie complicate ora con altre malattie del polmone, quali sono la bronchitide cronica, i tubercoli, l' edema, ora con affezioni del cuore, ora con altre infiammazioni cioè colle pleuritidi con effusione, colle pericarditidi, coi reumi, colle enteritidi, colle peritonitidi, col vaiuolo. Finalmente faremo menzione di alcuni casi nei quali, per l' influenza di certe condizioni morbose dell'economia animale, dello stato scorbutico, per esempio, osservasi una specie di ingorgo passivo, che ha le apparenze di una peripneumonia.

XLVII. OSSERVAZIONE.

Bronchitide cronica complicata da peripneumonia.

Un uomo, dell'età di sessant'anni, entrò nello spedale della Carità nel mese di febbraio 1824. Era esso già da più anni affetto d'una bronchitide cronica, che si manifestava con accessi di tosse, e con espettorazione di un muco puriforme abbondantissimo. La respirazione era abitualmente alquanto breve; da questa cronica flogosi però non ne era derivata alcuna alterazione nella nutrizione dell'individuo. Soltanto pochi giorni prima del suo ingresso nello spedale della Carità, assai più frequente e più forte divenne la tosse, aumentò la difficoltà di respiro, si accese la febbre. All'atto della prima visita da noi fatta a questo infermo, credemmo trattarsi di una semplice esacerbazione dell'infiammazione dei bronchi; ed infatti l'espettorazione non indicava di più, essendo essa formata da una mucosità limpida, vischiosa, frammista a strisce opache; mediante l'ascoltazione udivasi in tutti i punti del petto un rantolo fortissimo. Le pareti toraciche erano sonore come allo stato normale; il polso era frequentissimo, la pelle calda (*Venti mignatte da applicarsi a ciascun lato del petto*).

All'indimani la respirazione sembrava essere più libera; il polso era meno frequente. Ma nei giorni successivi si rinnovò la dispnea, ed andò sempre più aumentando. Il petto non era più sonoro al disotto della clavicola destra, ed in corrispondenza dell'angolo inferiore della scapola sinistra. La materia dell'espettorazione non era ancora che semplice catarro, udivasi il rantolo mucoso con maggior forza, fu preso da ortopnea, cadde in uno stato d'asfissia, e morì. Negli ultimi giorni di sua vita

gli si applicarono alcuni vescicanti al petto, ed alle estremità inferiori, ed internamente si usò del kermes, e del decotto di poligala.

Sezione del cadavere.

Epatizzazione rossa e bigia del lobo superiore del polmone destro; epatizzazione rossa di una piccola porzione del lobo inferiore del polmone sinistro; rossore generale dei bronchi, nei quali trovavasi molta copia di muco. Gli altri organi erano in condizione fisiologica.

Questa osservazione offre un esempio di quella malattia, che altre volte sarebbesi chiamata *catarro soffocante*. La causa di tutti i sintomi gravi e della morte risiedeva nell'infiammazione del parenchima polmonare; ma i sintomi caratteristici di tal flogosi erano in questo caso sì oscuri, che senza la percussione altro non si sarebbe potuto riconoscere durante la vita, che una semplice bronchitide. L'espettorazione fu sempre catarrale; il rantolo prodotto dalla raccolta delle mucosità nei bronchi ci impedì di riconoscere, mediante l'ascoltazione, lo stato del tessuto polmonare. Potremmo qui citare molte altre osservazioni di bronchitidi croniche ugualmente complicate colla peripneumonia, e che approssimativamente presentarono il medesimo complesso di sintomi. I fatti di questo genere da noi osservati sono sì numerosi, che ci autorizzano a generalizzarne i risultamenti, ed a dedurne una conseguenza importante, ed è che nei vecchi affetti da bronchitide cronica, l'apparire di un'insolita dispnea e della febbre frequentemente dipende dall'essersi sviluppata un'infiammazione più o meno grave del parenchima polmonare. Questa flo-

gosi, che in molti casi non si manifesta nè cogli sputi, che in tutto il decorso della malattia rimangono allo stato di semplice catarro, nè per l' ascoltazione, come nel caso attuale, nè mediante la percussione, quando l' infiammazione è lieve o poca estesa, questa flogosi, dico, può rimanere ignota anche all' occhio del più sagace pratico. In questi casi si cerca di rimediare all' accidente il più grave, alla dispnea, che credesi prodotta dalla materia dell' espettorazione, che ottura la cavità dei bronchi; dietro questa maniera di vedere il medico non mira ad altro, che a facilitare l'espettorazione, e trascura l'uso razionale delle emissioni di sangue, o eziandio le crede nocive. In queste circostanze i salassi, usati con quella riserva richiesta dall'età, e dallo stato delle forze degli infermi, sono ugualmente ben indicati, e di gran giovamento, come nelle peripneumonie genuine.

XLVIII. OSSERVAZIONE.

Tubercoli polmonari. Peripneumonia intercorrente.

Un uomo, dell'età di trentacinque anni, entrò nello spedale della Carità, il giorno 7 agosto 1822. Era esso di gracile costituzione, e soggetto già da diciotto mesi a frequenti emoftisi. Tormentato da una tosse abituale erasi sensibilmente dimagrato ed indebolito di forze. All' epoca del suo ingresso nello spedale, i suoi sputi erano formati da fiocchi verdastri e densi, galleggianti in un' abbondante sierosità. Mediante l' ascoltazione udivasi un legger gorgolio nella fossa sopra-spinosa destra; altrove si sentiva chiaramente il mormorio inspiratorio, e non eravi pettoroloquia; il polso, non frequente alla mattina, verso sera si accelerava, e l' infermo

ogni notte sudava in corrispondenza del collo e del petto. Ecco la diagnosi da noi istituita: tubercoli ammolliti alla sommità del polmone destro; tubercoli crudi sparsi nel resto dei polmoni; stato sano del parenchima polmonare, che li circonda. Niun sensibile cangiamento avvenne sino al 27 agosto. In questo giorno la respirazione appariva più frequente dell'usato, ed erasi esacerbata la febbre. L'infermo accusava di sentire un vivo dolore al disotto della mammella sinistra (*Si applicarono otto mignatte al punto più dolente*).

All'indomani, giorno 28, cessò il dolore, ma aumentò la dispnea; osservavansi varie strisce di sangue miste agli sputi, i quali nel resto conservavano ancora i medesimi caratteri. Si sentiva un rantolo crepitante in corrispondenza dell' angolo inferiore della scapola sinistra; intensa era la febbre (*Dieci mignatte da applicarsi al lato sinistro*).

29. — Si sente un rantolo crepitante in tutta la parte posteriore sinistra del torace, e sotto la clavicola destra invece odesi un rantolo mucoso, un gorgolio. Sussistono ancora gli altri sintomi al medesimo grado.

30, 31. — La dispnea va sempre più aumentando, si sentono ancora i medesimi rantoli, e le pareti toraciche sono sonore come allo stato normale (*Vescicante da applicarsi al petto*). Nel primo di settembre si soppresse ogni espettorazione, e nel giorno 2 morì.

Sezione del cadavere.

Tre o quattro escavazioni tubercolari nei luoghi ove durante la vita udivasi il gorgolio. Ciascuna di queste cavità, riempita di un liquido puriforme in cui nuotavano varii piccoli grumi di materia tubercolare, era della ca-

pacità da poter contenere al più una piccola noce. Nel residuo lobo superiore, e nel lobo medio del polmone destro, esisteva un gran numero di tubercoli crudi circondati da un tessuto sano e crepitante. Nel polmone sinistro eravi gran copia di tubercoli crudi; il tessuto di questo polmone era di un color rosso, conteneva una gran quantità di siero sanguinolento, ed era sì fragile che potevasi facilmente lacerare. Di color rosso erano pure i bronchi. Esisteva una lieve ipertrofia delle pareti del ventricolo sinistro del cuore, e si osservarono nelle intestina varie esulcerazioni e tubercoli.

In questo caso pure i sintomi della peripneumonia erano molto oscuri. La sola ascoltazione ci scoprì l'esistenza dell'ingorgo infiammatorio del polmone sinistro. Gli sputi non presentarono altra modificazione fuorchè alcune strisce sanguinolenti, che certamente non bastavano per caratterizzare una peripneumonia.

Non è infrequente il vedere dei tisici soccombere immaturamente in conseguenza di queste peripneumonie intercorrenti, che soventi non si conoscono dai medici, e di cui potrebbesi talvolta prevenire l'esito funesto, istituendo salassi con maggior coraggio di quello che non si osa di fare ordinariamente nei tisici (32). Avvi però un fatto, che noi crediamo d'aver ben verificato, ed è che i tisici minor danno ne ritraggono dalle peripneumonie che non gli altri uomini. Quando nei medesimi l'infiammazione non abbia invaso una troppo grande estensione del parenchima polmonare, i suoi sintomi scompaiono prontamente, e di rado è mortale; ma d'ordinario essa esercita una funesta influenza facilitando lo sviluppo dei tubercoli, e la loro moltiplicazione. Soventi pure passa allo stato cronico, dando allora

origine a quelli indurimenti che frequentemente si riscontrano in vicinanza delle cavità tubercolari, e che non sono sempre il risultato di una infiltrazione della materia tubercolare. La seguente osservazione somministra un'esempio di un ammollimento acuto dei tubercoli polmonari avvenuto in conseguenza di una peripneumonia.

XLIX. OSSERVAZIONE.

Tubercoli polmonari. Peripneumonia intercorrente, che determinò l'ammollimento acuto dei medesimi.

Un pizzicagnolo, dell' età di vent' otto anni, entrò nello spedale della Carità nel mese di gennaio 1822. Sono tre anni, da che va soggetto a replicate emoftisi, a frequentissimi catarri di petto, e ad un'abituale oppressione di respiro; per cui erasi molto dimagrato. Tre giorni prima di entrare nello spedale sentì un dolore puntorio al lato destro, e nei due dì successivi continuò il dolore e soffrì gran difficoltà di respiro. Quando venne da noi visitato, presentava tutti i sintomi di una pleuro-peripneumonia al primo grado; la respirazione era breve ed accelerata; la tosse frequente con espettorazione di sputi vischiosi, trasparenti e rossicci; udivasi un rantolo crepitante in quasi tutta l' estensione del polmone destro; le pareti toraciche del medesimo lato erano alquanto meno sonore; aveva febbre, la lingua bianca, ed una leggere diarrea. (*Salasso di dodici once, bevande ammollienti*). — Il sangue era cotennoso.

Passò il quinto ed il sesto giorno nel medesimo stato. Nel settimo giorno migliorò la condizione degli sputi; essi non componevansi che di semplice catarro; si sentiva un rantolo crepitante in parte frammisto al mormorio naturale dell' espansione polmonare; aveva più

libero il respiro (*Bevande ammollienti*, *brodi*). Nei giorni successivi diminuì il rantolo crepitante, ma non cessò intieramente. L' ammalato continuava a tossire, ed il polso conservava ancora un legger grado di frequenza (*Si applicò un vescicante al lato destro del torace*).

Nel decimo ottavo giorno di malattia si osservò frammezzo agli sputi, che erano simili a quelli della semplice bronchitide, un gran numero di piccoli grumi di un colore bianco sporco. Erano essi forse gli avanzi dei tubercoli? da quest' epoca in poi andò sempre aumentando la frequenza del polso accompagnata da mordace calore alla cute; non espettorava più semplice catarro, ma una materia puriforme; ogni notte andava in un profuso sudore, ed in brevissimo tempo passò alla consunzione ed al marasmo. — Il giorno 9 febbraio, vent' otto giorni dopo l'invasione della peripneumonia, udimmo un fortissimo gorgolio accompagnato da petteroloquia sotto la clavicola destra, e nel cavo dell'ascella del medesimo lato. — Dal 10 al 23 febbraio, l'infermo presentò il complesso di tutti i sintomi proprii di una tisi polmonare al terzo stadio, e morì nel giorno 23, quarantadue giorni dopo l'invasione della peripneumonia.

Sezione del cadavere.

Vasta escavazione tubercolare nella sommità del polmone destro. Moltissimi tubercoli crudi nel rimanente di questo polmone, ed altri in minor numero nel sinistro. Negli spazii intermedii il parenchima polmonare era sano.

Non v'ha dubbio che nei polmoni di questo indivi-

duo esistessero già i tubercoli prima dell'invasione della peripneumonia; ma questi tubercoli, ancor crudi e non sì numerosi, non avrebbero forse prodotto la morte, se non dopo un lungo intervallo di tempo. In queste circostanze un polmone fu preso da infiammazione acuta, la quale, sebbene poco intensa, contribuì al più rapido ammollimento dei tubercoli che già esistevano nel polmone infiammato; determinò la formazione di altri tubercoli, e per tal modo attivato questo processo morboso l'ammalato in meno di sei settimane percorse i tre stadii della tisi. Un'altra osservazione sta in conferma di questa nostra maniera di vedere, ed è che nel polmone sinistro, a cui non erasi estesa la flogosi, si ritrovarono i tubercoli crudi ed in molto minor numero. È poi verisimile che in questo medesimo stato si trovasse anche il polmone destro avanti l'invasione del processo infiammatorio.

L. OSSERVAZIONE.

Peripneumonia con effusione pleuritica nel medesimo lato.

Una donna, dell'età di sessant'otto anni, entrò nello spedale della Carità il giorno 1 febbraio 1820. Già da cinque giorni soffriva un dolore al disotto della mammella sinistra, che si esacerbava sotto la percussione e l'inspirazione. Il respiro era breve ed accelerato; la tosse frequente senza veruna espettorazione; il petto era sonoro come allo stato normale, fuorchè a sinistra posteriormente nello spazio compreso tra l'angolo inferiore della scapola, e la base del torace. In questa medesima estensione si sentiva con chiarezza il mormorio d'espansione polmonare, ma assai più debole che altrove; e quando il malato parlava, quivi pure udivasi

tremore particolare della voce (*egofonia*). Il polso era frequente e duro, la pelle calda e secca. Tutti i sintomi mostravano essere questa donna affetta da un'effusione nella pleura sinistra (*Salasso di dodici once*, *quindici mignatte da applicarsi al lato sinistro del torace*, *bevande ammollienti*).

2 febbraio, respirazione bronchiale, e maggior tremore della voce nella parte ove si suppone esistere l'effusione, la quale sembra essere aumentata (*Vescicante da applicarsi al lato sinistro*).

3. — L'ammalato soffre una dispnea assai più grave che non nei giorni precedenti; nondimeno, sotto il rapporto dell'effusione l'ascoltazione somministra i medesimi indizii; ma nello spazio compreso tra la clavicola sinistra e la mammella del medesimo lato, si sente per la prima volta un rantolo crepitante debole, frammisto al mormorio d'espansione polmonare. Questa parte del petto è assai meno sonora che altrove; gli sputi conservano l'apparenza di semplice catarro (*Senapismi alle gambe*).

4. — Sputi caratteristici della peripneumonia, rantolo crepitante senza verun mormorio d'espansione polmonare, e suono alquanto ineguale sotto la clavicola destra. Nel medesimo lato posteriormente ed inferiormente il suono è assai più ineguale, la respirazione bronchiale è fortissima, ed avvi egofonia. Grande è la difficoltà di respiro; il polso frequente e duro, la lingua arida (*Salasso di otto once*, *due vescicanti da applicarsi alle gambe*, *bevande ammollienti*).

5 e 6. — Sotto la clavicola destra al rantolo crepitante si sostituì la respirazione bronchiale; ma in questo medesimo spazio sentesi un suono molto ineguale. Nella parte posteriore inferiore dello stesso lato, non odesi

più nè respirazione bronchiale, nè egofonia; gli sputi sono rossicci e vischiosissimi (*Loock con quattro grani di kermes*).

Nei due giorni successivi aumentò la dispnea, si soppresse ogni espettorazione, la trachea e la laringe si riempirono di mucosità, e l' ammalato morì nella notte dall'8 al 9 febbraio.

Sezione del cadavere.

Nella cavità della pleura sinistra trovasi un litro di siero. Quest' effusione non oltrepassa il lobo inferiore. A questa altezza esistono varie false membrane che si estendono dalle coste al polmone formando un sipario che divide in due parti la cavità della pleura. Il lobo inferiore del polmone, vuoto d'aria, e coperto da false membrane molli trovasi ristretto, e compresso contro le parti laterali della colonna vertebrale. Il lobo superiore di questo medesimo polmone è rosso, compatto, perfettamente impenetrabile all'aria. (Epatizzazione rossa). — Il polmone destro, tenacemente adeso alle coste per mezzo di briglie cellulari di antica formazione, contiene nella sua sommità alcuni piccioli tubercoli ammolliti. La membrana mucosa gastrica è in molti punti rossa e molle.

In questo individuo abbiamo potuto seguire con tutta la precisione l' incremento successivo dell' effusione e della peripneumonia. Ritroviamo due segni comuni a queste due affezioni, e sono il suono ineguale, e la respirazione bronchiale. Ma eranvi anche i segni proprj della peripneumonia, cioè il rantolo crepitante a cui in seguito si sostituì la respirazione bronchiale, e specialmente gli sputi. Finchè esisteva soltanto una semplice

effusione, leggere fu la difficoltà di respiro; ma divenne questa considerevole, e la malattia assunse un carattere grave quando si sviluppò la flogosi anche nel polmone. — Facciamo riflettere, come una circostanza accessoria, che esistevano alcuni tubercoli ammolliti in un'individuo, che oltrepassava i sessant' anni.

LI. OSSERVAZIONE.

Peripneumonia con idrotorace del lato opposto, ed aneurisma del cuore.

Un uomo dell' età di sessant' anni, che abitualmente lavorava nelle cave, andò soggetto nell'anno 1816 ad una pleuro-pneumonitide del lato destro. Nei due anni successivi godette ottima salute; ma nel 1819 cominciò a soffrire difficoltà di respiro, e nel 1820 gli si gonfiarono le gambe; mediante il riposo facilmente scomparve questo parziale infiltramento. Dal 1820 al 1822 fu soventi sottoposto a catarri polmonari, ed aumentò la difficoltà di respiro. L' infermo entrò nello spedale della Carità, il giorno 16 settembre 1822; a quest' epoca aveva un respiro breve e frequente, e parlava con voce tremante. La tosse era di poco momento, e senza veruna espettorazione. Percuotendo il petto udivasi un suono ineguale a sinistra posteriormente, dall'angolo inferiore della scapola, sino quasi alla base del torace. In questo medesimo spazio chiaramente si sentiva l'egofonia, e la respirazione bronchiale; altrove il suono era ben distinto, ed il mormorio d' espansione polmonare assai forte. Udivansi i movimenti del cuore senza impulso, e con mormorio alla regione precordiale, alla parte inferiore dello sterno, e sotto la clavicola sinistra; il polso era piccolo, intermittente, ma non frequente, e

la pelle non più calda dell'ordinario. Eccone la diagnosi istituita. Dilatazione dei due ventricoli; idro-torace sintomatico (*Si prescrisse un salasso di dodici once.* Il sangue non presentò cotenna. — Nei giorni successivi la respirazione divenne più libera; niun altro sensibile cangiamento si osservò sino al giorno 27 (*Vescicante da applicarsi al lato sinistro del petto*).

Nella notte del 26 al 27 l'infermo andò in delirio. Nella mattina del 27 parlava con un'insolita loquacità; aumentata era di nuovo l'oppressione di respiro; il polso, sempre piccolissimo ed intermittente, erasi fatto più frequente (*Senapismi alle gambe*).

Nel giorno 28 cessata era ogni alterazione delle facoltà intellettuali, ma il polso si conservava ancora frequente, gli sputi erano per la prima volta vischiosi e tinti in rosso. A destra posteriormente in alcuni punti udivasi il rantolo crepitante. La parte sinistra del petto presenta i medesimi sintomi superiormente accennati (*Salasso di otto once*). Il sangue è cotennoso.

Nei giorni 29 e 30 non vi fu variazione alcuna nei sintomi del petto; ma ad intervalli veniva preso da delirio gaio, e poco dopo ritornava all'uso della ragione (*Due vescicanti da applicarsi alle gambe*; *polvere del Dower*; *decotto di borraggine*).

1 e 2 ottobre. — Gli sputi sono ancora vischiosi e tinti in rosso; la respirazione è breve ed accelerata. A destra si sente ancora il medesimo rantolo crepitante senza ineguaglianza di suono; a sinistra il suono è più ineguale di prima, meno sensibile appare l'egofonia; nondimeno il delirio erasi fatto permanente, l'ammalato si indeboliva, i lineamenti della fisonomia andavano alterandosi; il polso, piccolissimo, non era che leggermente frequente, e la cute non più calda dell' ordina-

rio; la lingua era pallida e secca (*Decotto di poligala, senapismi da applicarsi alle estremità inferiori*). — Morì nel giorno 3 a un' ora di giorno in uno stato di semi-asfissia.

Sezione del cadavere.

Nella cavità della pleura sinistra trovavasi una raccolta di un litro e mezzo di siero perfettamente liquido; ma non vi erano nè false membrane, nè verun altra traccia d'infiammazione della pleura. Il polmone di questo lato era spinto e compresso verso la spina dorsale dal liquido pleuritico, ma sano nell'organizzazione del suo tessuto. Alcune briglie cellulari di antica origine univano tra di loro le pleure costale e polmonare del lato destro. Il polmone destro presentava un colore rosso assai più intenso in varii luoghi tanto della sua periferia, come del centro; in questi spazii il parenchima polmonare, ingorgato di sangue, si lacerava colla massima facilità e leggermente crepitava. Queste peripneumonie parziali, isolate le une dalle altre, avevano invaso una quarta parte del polmone.

Le cavità dei due ventricoli del cuore erano dilatate, e le loro pareti affette da lieve ipertrofia. Una piccola ossificazione di due o tre linee in lunghezza, sopra una mezza linea di larghezza, occupava uno dei punti del margine aderente della valvola mitrale.

Un'altra ossificazione quasi della medesima estensione erasi sviluppata alla base di una delle valvole aortiche. L' aorta era sana e dell'ordinario suo calibro; le cavità del cuore erano riempite da grossi coaguli di sangue nerastro.

Lo stomaco, ed il canale intestinale presentavano un'injezione sanguigna sotto-mucosa di poco momento.

Il tessuto cellulare sotto-aracnoideo della convessità degli emisferi cerebrali era infiltrato da una gran quantità di siero limpido. I ventricoli laterali venivano mediocremente distesi da un liquido leggermente torbido. Il resto del cervello non presentava alcuna abnormità.

Quando per la prima volta questo ammalato venne da noi visitato, ci riescì facile a riconoscere in lui l' esistenza di un' affezione organica del cuore e di un' effusione nella pleura sinistra. In conseguenza di un' abbondante emissione di sangue diminuì sensibilmente la difficoltà di respiro; successivamente, dopo alcuni giorni di uno stato stazionario, il polso, sin allora non frequente, improvvisamente si accelerò, ed aumentò di nuovo la dispnea.

La qualità degli sputi indicò con certezza l'esistenza d' una peripneumonia; il rantolo crepitante ne mostrò la sede che era al lato opposto a quello ove esisteva l' effusione. Qui però l' infiammazione era in certo modo sparsa su molti punti, e consisteva veramente in una quantità di peripneumonie parziali separate le une dalle altre da un tessuto sanissimo. Quando si manifestò la flogosi del parenchima polmonare, parve che aumentasse l' idrotorace; ciò almeno dovevasi presumere attesa la diminuzione dell' egofonia. Contemporaneamente pure l' infermo andò in delirio, e questo dipendeva dalla flogosi dell' aracnoidea. Sì numerose e sì gravi complicazioni erano più che sufficienti per trascinare il malato al sepolcro. La peripneumonia, quantunque lieve fu però in questo caso una delle cause principali della morte. In fatti, da una mediocrissima infiammazione polmonare ne doveva risultare una di-

spnea considerevole in un individuo già affetto da aneurisma al cuore, e da idrotorace.

Non dimenticheremo di far osservare, che il sangue del primo salasso, estratto ad un' epoca in cui non esisteva ancora infiammazione, non presentò veruna cotenna, mentre la si rinvenne nel sangue dei successivi salassi, quando il polmone era già affetto da flogosi. Avemmo altre volte occasione di vedere casi simili (33).

LII. OSSERVAZIONE.

Peripneumonia con aneurisma del cuore.

Un marinaio, dell' età di quarant' otto anni, di robustissima costituzione fisica, presentava tutti i sintomi di una malattia organica del cuore; soffriva una difficoltà di respiro, che aumentava sotto il più piccolo movimento; aveva livida la faccia, le labbra violacee; era affetto da ascite, e da edema agli arti inferiori, ed alle pareti toraciche; le pulsazioni del cuore si sentivano con forza, ed in una grande estensione; le vene iugulari erano ingorgate e distese da gran copia di sangue; il polso era duro, regolare, abitualmente frequente; aveva una tosse molesta, ed espettorava materie dense e verdastri. — Nel decimoterzo giorno dall'ingresso dell'infermo nello spedale la respirazione era ancor più accelerata, il polso più frequente che non nei giorni antecedenti; sentiva con maggior forza le palpitazioni di cuore, e la faccia era più iniettata. La percussione non potè somministrare verun indizio esatto a motivo della considerevole infiltrazione degli integumenti toracici. Non si fece uso dell' ascoltazione, che

allora soltanto cominciava ad essere conosciuta. (Era il mese di settembre dell' anno 1819).

Tutti questi fenomeni si considerarono dipendenti da una esacerbazione momentanea della malattia del cuore; ma all' indimani, l' espettorazione, che nel giorno prima erasi soppressa, si riprodusse con nuovi caratteri. Il malato aveva espettorato durante la notte una gran quantità di sputi riuniti in una massa gelatiniforme, trasparente, di un color giallo di zafferano, che facilmente si distaccava dal vaso. Dietro la natura degli sputi Lerminier non esitò punto a dichiarare l' esistenza di una peripneumonia.

Nei due giorni successivi, 15 e 16 settembre, non si osservò variazione alcuna nei sintomi, e la materia dell' espettorazione conservava ancora i medesimi caratteri. Si istituirono due salassi, e sino al giorno 21 gli sputi continuarono ad essere vischiosi e rossicci. — Nel 22 aumentò la loro vischiosità, e non erano più che leggermente tinti di sangue. — Nel 23 e 24 ritornarono essi allo stato catarrale, diminuì la dispnea, le inspirazioni erano più profonde e meno frequenti; l' infermo non è più tormentato da palpitazioni sì forti; nei giorni successivi andò rapidamente migliorando, e nel 28 era nella medesima situazione in cui trovavasi prima della comparsa degli sputi peripneumonici.

Essendo stata impraticabile la percussione, atteso l' infiltrazione delle pareti toraciche, ne fu per conseguenza oscura la diagnosi della peripneumonia. In casi simili per riconoscere l' infiammazione polmonare avremo noi riguardo all' insolita frequenza della respirazione e del polso, alla maggiore difficoltà di respiro, al mal essere generale più considerevole che prova l' infermo? Ma si può naturalmente attribuire questi sintomi all' e-

sacerbazione della malattia del cuore, come in fatti frequentemente occorre di osservare in pratica. La comparsa della tosse non può somministrare maggior lume, poichè il catarro polmonare è una complicazione ordinaria dell' aneurisma del cuore. I segni desunti dagli sputi, e dall' ascoltazione sono allora i soli che possono farci palese la flogosi del parenchima polmonare. Ma la sola ascoltazione è ben lungi dall' essere sufficiente in tutti i casi per svelare l'esistenza di una peripneumonia, per distinguerla con certezza tanto dalla semplice bronchitide, come da un' effusione pleuritica. L' espettorazione è dunque allora il solo segno patognomonico, e l' attuale osservazione ne è una prova.

LIII. OSSERVAZIONE.

Peripneumonia con edema polmonare ed effusione pleuritica in ambedue i lati del petto. Febbre intermittente nei primi tempi della malattia.

Un uomo, dell' età di cinquant' otto anni, di robusta costituzione, il giorno 8 agosto 1822, alle ore otto del mattino, fu preso da violenti brividi di freddo, cui succedette, dopo un' ora, un ardente calore, e successivamente un abbondante sudore. Nel giorno 9 era in uno stato di perfetta apiressia. Nel 10 si rinnovò un secondo accesso simile al primo. Nel 11 era ancora apiretico, e nel 12 l'ammalato entrò nello spedale della Carità. Quando fu da noi visitato incominciava il terzo accesso; lungo il tronco, e nelle membra sentiva un freddo di ghiaccio. Nondimeno la cute presentava al tatto un calore ardente, ed il polso era duro e frequentissimo. A nove ore, allo stadio del freddo suben-

trò quello del calore, che in breve terminò in sudore. Si prescrissero dodici grani di solfato di chinina da prendersi nel successivo giorno 13 ripartito in tre dosi, a mezzo giorno, alle ore quattro, ed alle otto della sera.

Nella mattina del 14, l'ammalato non sentì i brividi di freddo, ma provò soltanto un poco di calore con legger frequenza di polso. — 15 Apiressia.

16, giorno della febbre, a dieci ore del mattino l'infermo fu preso da leggeri brividi di freddo, e poco dopo ne risentì un vivo dolore in tutta l'estensione della parte laterale destra del torace dalle ultime coste sino all'ascella. Questo dolore, che aumentavasi sotto il più piccolo movimento, non cessò che a dieci ore della sera, e nel corso della notte sudò moltissimo.

Alla mattina grande era la difficoltà di respiro, parlava con parole tronche e con voce tremante; decumbeva sul dorso; non erasi più riprodotto il dolore laterale, ma l'ammalato aveva espettorato tre o quattro sputi trasparenti, vischiosi, di un color giallo verdastro. A destra anteriormente e lateralmente udivasi un rantolo ben distinto. Posteriormente in ambedue i lati la respirazione era fortissima, chiara, ed in alcuni punti soltanto e ad intervalli frammista al rantolo crepitante; e tale era pure a sinistra anteriormente. Aveva un polso frequente e duro, la pelle calda e secca, la lingua bianchiccia, e diarrea (*Salasso di otto once, bevande ammollienti*). — Il sangue presentò un largo coagulo privo di cotenna.

18. — In tutte le parti del petto udivasi un rantolo crepitante fortissimo; sotto la percussione il petto mandava un suono chiaro, fuorchè in basso incominciando dalla sesta, o settima costa. Persistevano tuttora i ca-

ratteri peripneumonici dell' espettorazione. Si annoverarono cento dieci battiti del polso, e quarantatrè respirazioni in un minuto: la lingua era secca e pallida (*Nuovo salasso di otto once, senapismi alle gambe*). — Cotenna verdastra densa alla superficie del coagulo.

19. — Era nel medesimo stato; verso sera l' infermo aveva ancor tanta forza per potere star seduto sul proprio letto, ma il più piccolo movimento aumentava a tal segno la difficoltà di respiro, che imminente pareva la soffocazione. — All' indimani, alle sei ore del mattino, l'abbiamo veduto a spirare; conservò sino all'ultimo momento il libero uso delle sue facoltà intellettuali.

Sezione del cadavere.

Incidendo il tessuto di ambedue i polmoni, vedemmo scorrere da tutte le parti un' enorme quantità di siero spumeggiante, scolorato. Tutto il parenchima polmonare era di un color bianco bigio e perfettamente crepitante, fuorchè in vicinanza della radice del polmone destro, ove vedevansi varie macchie isolate di un colore rosso livido, e quivi il tessuto polmonare non era crepitante, e laceravasi colla massima facilità. Riunendo insieme queste diverse porzioni infiammate, uguagliavano appena il volume di un arancio. — A sinistra, dalla settima od ottava costa sino al diaframma, il polmone era separato dalle pareti toraciche da circa mezzo litro di un liquido rosso fosco. Superiormente alcune false membrane di recente formazione limitavano quest' effusione ed univano il polmone alle coste. — A destra esisteva un' altra effusione simile alla precedente sotto il rapporto della posizione e della quantità del liquido, ma diversificava in qualità. Consisteva questa in una

sierosità torbida, quasi limacciosa, fra mezzo alla quale nuotavano un gran numero di fiocchi albuminosi. — Un sangue nero, coagulato, riempiva le quattro cavità del cuore, e distendeva specialmente l'orecchietta destra.

Lo stomaco presentava uno stringimento al piloro, e la sua membrana mucosa lungo la piccola curvatura vedevasi intensamente rossa. Bianca era la membrana mucosa intestinale, ma sotto di essa esisteva un'injezione venosa, che si prolungava sino al colon discendente. La superficie interna di quest'ultima parte d'intestino, dell'osso ilio, e del retto era sparsa di macchie nerastre, e negli spazii intermedii l'intestino era pallido.

Questo colorito risiedeva precisamente nella membrana mucosa. — La milza presentava un gran volume ed era di una mollezza estrema.

I ventricoli laterali del cervello erano distesi da tanta copia di siero limpido, che la parete anteriore veniva sollevata, e sentivasi una manifesta fluttuazione.

Quando l'ammalato entrò nello spedale della Carità, era affetto da una febbre intermittente, esente da ogni complicazione. Si ottenne di prevenire il quarto accesso mediante il solfato di chinina. Verso l'epoca in cui avrebbe dovuto per la quinta volta rinnovarsi il parosismo febbrile, i brividi di freddo, ed il dolore laterale indicarono l'invasione della pleuritide destra. In breve la respirazione divenne affannosa, dapprima si udì in alcuni punti il rantolo crepitante, e successivamente nella maggior parte del torace; finalmente comparvero gli sputi caratteristici della peripneumonia. Sembrava che il rantolo crepitante diffuso a tutto il petto indicasse l'esistenza di un ingorgo infiammatorio generale in

ambedue i polmoni: ma nulla eravi di tutto ciò, e la sezione del cadavere mostrò, che questo rantolo dipendeva da un edema polmonare. È bensì vero che esisteva anche la peripneumonia, ma era talmente circoscritta, che senza un attento esame facilmente rimaneva sconosciuta, e quai segni infedeli si sarebbero considerati quelli somministrati dall' espettorazione. D' altronde questa peripneumonia, limitata alla radice di un solo polmone e ad un piccolo spazio, non dovette contribuire che ben poco al sempre crescente aumento della difficoltà di respiro. Isolata, non avrebbe essa verisimilmente prodotto fuorchè i sintomi di una bronchitide acutissima, ma i gravi accidenti e la morte trassero origine dalla doppia effusione pleuritica, e dall' edema polmonare, il quale in questo caso esisteva sicuramente molti giorni prima dell' agonia.

Sotto il rapporto dell' invasione del dolore pleuritico all' epoca in cui ritornar doveva l'accesso febbrile, questa osservazione presenta molta analogia con quelle riferite da Broussais nel suo trattato delle *infiammazioni croniche*, ove narrasi di pleuritidi e di peripneumonie sviluppate durante i brividi di una febbre intermittente.

Abbiamo detto che le facoltà intellettuali si conservarono intatte sino alla morte; nondimeno si ritrovò una quantità considerevole di siero nei ventricoli cerebrali. In molti casi d'idrocefalo acuto l'effusione è ben lungi dall' essere sì abbondante.

LIV. OSSERVAZIONE.

Peripneumonia con pericarditide.
Tumori fibroso-cartilaginei intorno al cuore.

Un giovane, dell'età di ventiquattro anni, dieci mesi

prima di entrare nello spedale della Carità aveva sofferto una febbre quartana, che durò per sei mesi, dopo di che visse in perfetta salute per altri quattro mesi. Di tempo in tempo andava soggetto ad accessi di febbre a tipo irregolare; finalmente già da tre mesi era frequentemente molestato dalla diarrea.

Nella mattina del 9 agosto 1822 al di sotto della mammella destra sentì un vivo dolore, che aumentava nella tosse, sotto i movimenti della persona, e nelle profonde inspirazioni.

Nel giorno 10 sussisteva tuttora il dolore.

Nel 11, terzo giorno di malattia, visitammo per la prima volta questo ammalato. Il dolore non era diminuito, la respirazione era affannosa, l'infermo tossiva frequentemente, e poche ore dopo cominciò ad espettorare pochi sputi vischiosi e rossicci. Anteriormente in ambedue i lati udivasi la respirazione con forza e chiarezza; a destra lateralmente, e posteriormente alquanto al di sotto della spina della scapola, si sentiva un rantolo crepitante; in ogni altra parte del petto la respirazione era debole, ma chiara, le pareti del petto erano sonore come allo stato normale. Il polso era piccolo, frequentissimo, la pelle calda, la lingua bianca, la bocca cattiva; nelle ultime ventiquattro ore ebbe due o tre scariche alvine liquide. Il malato aveva sudato assai nelle sere dei giorni 9 e 10; era esso debolissimo, e non poteva sedere se non con molta pena. La milza sporgeva al di sotto del margine delle coste, e discendeva sino quasi all'ombelico; esplorando l'ipocondrio destro si sentiva il fegato nell'estensione di due o tre dita trasverse al di sotto delle coste. Era evidente l'esistenza di una pleuro-peripneumonia; l'assenza dell'ineguaglianza del suono, i segni somministrati dal-

l' ascoltazione, la natura degli sputi, che facilmente si distaccavano dal vaso, indicavano essere il polmone affetto da semplice ingorgamento, cioè dal primo grado della flogosi (*Salasso di dodici once*, *bevande ammollienti*).

In seguito al salasso non avvenne alcun miglioramento. Durante la giornata aumentò il dolore puntorio laterale; nella sera, e per tutta la notte sudò moltissimo.

Nella mattina del quarto giorno il dolore era vivissimo; il malato non aveva espettorato che tre o quattro sputi trasparenti, rossicci e vischiosissimi; tossiva di rado, e considerevole era l' oppressione del respiro. Mediante l'ascoltazione udivasi a destra, nei medesimi punti come nel giorno antecedente, un rantolo crepitante più debole, senza verun mormorio d' espansione polmonare; in questo medesimo lato, sotto la percussione, il petto mandava un suono alquanto ineguale; a sinistra lateralmente ed inferiormente udivasi pure in diversi punti un rantolo crepitante. Decombeva costantemente sul dorso. Il polso era frequentissimo, e più duro, e la cute ardente. L' infiammazione pertanto, invece di cedere, erasi aumentata in grado al lato destro, e diffusa eziandio al polmone sinistro. Per questa doppia infiammazione il pronostico doveva essere dei più infausti (*Salasso di sedici once*). Per tutta la giornata soffrì grande oppressione di respiro. Nella sera, e nella notte i sudori furono meno copiosi, che negli altri giorni.

Nel quinto giorno il dolore era ancor più vivo. L'infermo non osava nè tossire, nè respirare, nè fare il più piccolo movimento sul timore di esacerbarlo; ed atteso la violenza di questo dolore non si poteva esplorare il

petto colla percussione. Il rantolo crepitante esisteva nei medesimi punti come nel giorno antecedente, e per la prima volta lo si sentiva anche a destra anteriormente nello spazio compreso tra la clavicola e la mammella; la materia dell' espettorazione non era che semplice catarro. Il sangue dell' ultimo salasso presentava un coagulo piccolo, nuotante in molta sierosità, e coperto da sottilissima cotenna; mentre quello del primo salasso non era cotennoso (*Trenta mignatte da applicarsi al lato destro*, *bevande*, *e cristeri ammollienti*).

Il dolore laterale diminuì sotto l' applicazione delle mignatte; all'indimani mattina, sesto giorno di malattia, non lo sentiva più che sotto la tosse; del resto trovavasi ancora nel medesimo stato (*Vescicante da applicarsi al lato destro*). Poco tempo dopo che noi abbandonammo l' ammalato andò in un profuso sudore che continuò nella giornata, e per tutta la notte successiva.

Nella mattina del settimo giorno la pelle era ancora umida; la respirazione assai più libera; parlava con maggior franchezza; il rantolo crepitante in ambedue i lati era frammisto al mormorio naturale della respirazione; gli sputi, addensati, rassomigliavano a quelli della bronchitide cronica; la frequenza del polso non era ancora diminuita.

Ciò non pertanto, mentre che i sintomi della peripneumonia si emendavano, stavano per insorgere nuovi accidenti; le idee dell' ammalato erano alquanto in disordine fino dal giorno antecedente; l'espressione degli occhi indicava il delirio. Era forse questo il principio d'un aracnoitide? Si applicarono trenta mignatte lungo il decorso delle iugulari, e tosto si riordinarono le sue facoltà intellettuali.

Dall' ottavo al dodicesimo giorno la condizione dell' ammalato andò sempre più migliorando. Al rantolo crepitante si sostituì a poco a poco il mormorio naturale della respirazione, ma non cessò intieramente. Il suono delle pareti toraciche non era più ineguale; contemporaneamente si ristabilirono le forze con incredibile rapidità; ogni sera sudava profusamente; la tosse era rara ed accompagnata da sputi densissimi; il polso conservava una mediocre frequenza; le funzioni digerenti costantemente restarono nel medesimo stato in cui si trovarono nel giorno del suo ingresso nello spedale.

Nel dodicesimo giorno apparve alle pareti dell' addome e del torace una gran quantità di piccole vescichette migliari, trasparenti, coniche, con una piccolissima macchia rossa all'apice. Nei giorni decimoterzo e decimoquarto continuò l' eruzione, e nel quindicesimo tutta l' epidermide era in disquamazione. Si sentiva ancora un legger rantolo crepitante in diversi punti del petto di ambedue i lati. Già da quattro o cinque giorni l'ammalato prendeva internamente alcuni brodi, e qualche gelatina di riso.

Nella sera del quindicesimo giorno improvvisamente fu preso da un dolore lacerante alla parte inferiore dello sterno; diceva di sentirsi il petto come se fosse fortemente chiuso fra una morsa. Passò la notte in uno stato di estrema ansietà.

Nella mattina del sedicesimo giorno questo dolore, questa sensazione di stringimento sussistevano tuttora. Soffriva un' estrema oppressione al petto; la respirazione era breve, ineguale, parlava con voce tremante. Il polso era frequentissimo e cedeva facilmente sotto la compressione delle dita; i lineamenti della fisonomia

erano sensibilmente alterati; eppure non era aumentata la tosse, e la materia dell' espettorazione non era che semplice catarro; udivasi distintamente come nei giorni precedenti il mormorio della respirazione, ed era eziandio ancor più intenso. I battiti del cuore non presentavano alcuna abnormità, oltre la frequenza. Si sospettò dell' invasione di una pericarditide (*Salasso di dodici once*). Il sangue presentò una densa cotenna.

All' indimani, decimosettimo giorno della peripneumonia, e terzo giorno della pericardite cessata era quella sensazione di stringimento al petto; il dolore abbandonato aveva lo sterno, ed erasi portato alla regione precordiale, e se l' ammalato si appoggiava sul fianco sinistro aumentava grandemente. La respirazione era più libera, l' ansietà generale meno viva, ed il polso non più sì frequente.

Nei giorni successivi la pericarditide assunse un decorso sempre più cronico; il dolore era assai ottuso; l' ammalato non sentiva l' oppressione se non quando eseguiva qualche gran movimento; mediocre era la frequenza del polso; ogni notte l' infermo andava in sudore. La parte anteriore sinistra del torace, nello spazio compreso tra la mammella e l'estremità interiore dello sterno, mandava sotto la percussione un suono molto ineguale; le forze che eransi prontamente ristabilite, si affievolirono di nuovo; la faccia era gonfia e pallidissima; il mormorio respiratorio era ancora oscuro per essere frammisto ad un legger rantolo crepitante in diversi punti. In questo stato l' ammalato volle abbandonare lo spedale, ma vi rientrò in capo a tre giorni (16 settembre) e spirò due o tre ore dopo. Fino all' epoca della sua morte ebbe sempre una legger diarrea, ed un' avversione ad ogni sorta di alimenti. La sua lingua

fu costantemente bianchiccia, ma non fu giammai molestato dal vomito.

Sezione del cadavere.

I polmoni, sebbene ingorgati di sangue, erano permeabili all'aria. In molti punti, specialmente verso alla parte posteriore del lobo superiore del polmone destro, e verso la parte media del sinistro, il loro tessuto si lacerava con una estrema facilità.

La cavità del pericardio conteneva una mezza pinta all'incirca di siero torbido, e di pus bianco e denso: questo sacco membranoso enormemente disteso comprimeva i polmoni, ed il cuore non occupava che una piccolissima parte della sua cavità. La superficie libera della membrana sierosa del pericardio era uniformemente coperta da una falsa membrana bianca, dello spessore di due o tre linee, scabra in modo che rassomigliava al reticolo dei ruminanti; al di sotto di questa falsa membrana eravi la membrana sierosa immune da ogni alterazione. In tre punti della sua estensione la porzione della membrana sierosa che investe il cuore era separata da questo viscere per mezzo di un tumore del volume di una noce, che presentava tutti i caratteri del tessuto fibroso-cartilagineo: ognuno di questi tumori aveva spinto all'innanzi la membrana sierosa, ed era sporgente nell'interno della cavità del pericardio. Il cuore non conteneva che una piccola quantità di sangue nerastro in parte coagulato; la sua superficie interna era intensamente rossa; e del medesimo colore era pure l'aorta, vuota di sangue sino verso la metà della sua porzione addominale; quivi il rossore diminuiva, non era uniforme, ma invece disposto a mac-

chie e più non esisteva in vicinanza della biforcazione dell' arteria.

Il fegato sporgeva per tre dita trasverse al di sotto del margine delle coste; il suo tessuto era di un color rosso vivo, e molto fitto. La milza voluminosissima, ed assai dura si estendeva sino quasi all'ombelico. Lo stomaco era di una singolare grandezza; la sua superficie interna presentava in tutta l'estensione del fondo ceco un color bruniccio, che verso il piloro andava per gradi scemando; non lungi da questo orificio era di un colore bianco roseo; nelle parti di color bruno la membrana mucosa era ammollita, e colla più legger raschiatura si riduceva in una massa polposa. La parte superiore dell' intestino tenue era del medesimo colore della membrana mucosa del piloro; mentre l' inferiore vedevasi molto pallida. L' intestino crasso presentava ad intervalli una leggere injezione sanguigna; la superficie interna del colon era inoltre disseminata di un gran numero di punti neri, posti nel centro di una piccola eminenza della membrana mucosa, con un cerchio nero all' ingiro.

Il tessuto cellurare sotto-aracnoideo della convessità degli emisferii cerebrali era infiltrato da una piccola quantità di siero limpido; i ventricoli laterali ne contenevano una maggior copia.

Questa osservazione presenta un fatto importantissimo relativo allo stato dei polmoni. Vi fu un tempo nel decorso della malattia, in cui taluno avrebbe potuto credere intieramente risolta la peripneumonia, se l' ascoltazione non avesse fatto sentire in alcuni punti il rantolo crepitante; da ciò conoscemmo, che il parenchima polmonare era ben lungi dall' essere ancora ri-

tornato allo stato suo naturale. Questo caso mostra con quanta lentezza avvenga la completa risoluzione delle flogosi polmonari, e quante precauzioni sieno necessarie nella convalescenza tanto per evitare le recidive, che in questa malattia più facilmente succedono che in verun'altra, come per prevenire negli individui, che vi sono disposti, la formazione dei tubercoli nelle parti del tessuto polmonare, che restano ingorgate ed infiammate lungo tempo dopo che tutti i segni razionali della peripneumonia sono scomparsi (34).

L'invasione, il decorso, i progressi dell'infiammazione polmonare, e più tardi la sua risoluzione furono in questo caso indicati dall'ascoltazione con una gran precisione.

Questa peripneumonia inspirava maggior timore per la sua estensione, che non per l'intensità nei punti ove esisteva. Essa infatti in nessun luogo oltrepassò il primo grado. Ecco il motivo per cui, dopo essersi manifestata coi sintomi i più gravi, successivamente si risolse con facilità e prontezza. Si fecero due salassi senza che l'infiammazione diminuisse in grado; che anzi il dolore pleuritico divenne ancor più intenso, malgrado questa doppia emissione di sangue, e non cedette se non dietro l'applicazione delle mignatte. Verso il sesto, o il settimo giorno incominciò il processo di risoluzione. Si dimanda se vi contribuì l'applicazione del vescicante al petto, oppure se essa non fu che un effetto dei sudori copiosi che a quell'epoca si manifestarono.

Non dimentichiamo di riflettere che i sintomi passeggeri d'irritazione cerebrale insorsero mentre l'infiammazione del petto andava risolvendosi. Richiamiamo pure alla memoria l'eruzione migliare che poco dopo apparve, e che gli antichi avrebbero considerato qual

fenomeno critico. Finalmente osserviamo con quale incredibile prontezza si rianimarono le forze, tosto che la violenza dell'infiammazione cessò dal dirigerle verso un solo organo.

La risoluzione della peripneumonia sembrava quasi completa, quando una nuova infiammazione si sviluppò nel pericardio. Abbiamo veduto quali fenomeni accompagnarono l'invasione di questa nuova malattia. Una sottrazione di sangue non bastò a vincerla, ma ne moderò i sintomi, e la ridusse in uno stato cronico. Dopo alcuni giorni il criterio del suono indicò che nel pericardio andava formandosi un'effusione. È poi fuor di dubbio che i tumori fibroso-cartilaginei esistevano anteriormente alla pericarditide; e siccome non alteravano sensibilmente le funzioni del cuore, niun sintomo ne palesò la loro esistenza.

Se non temessi di troppo allontanarmi dall'argomento, potrei indagare l'origine dell'ipertrofia del fegato e della milza in un individuo che per lungo tempo andò soggetto alla febbre quartana; dovrei pure mostrare l'analogia che passa tra le lesioni organiche ritrovate nel canale intestinale, ed il disordine delle funzioni digerenti durante la vita.

LV. OSSERVAZIONE.

Peripneumonia con epatitide.

Un taglia pietra, dell'età di cinquant'un anno, entrò nello spedale della Carità in tale grado di debolezza che non si potè avere da lui alcun ragguaglio preciso sullo stato antecedente di sua salute. Si seppe soltanto, che da dieci a dodici giorni era ammalato con febbre, tosse e difficoltà di respiro, e che da quattro

giorni la cute erasi ingiallita. Nel giorno 23 luglio 1822 fu da noi esaminato, e vi riscontrammo i seguenti sintomi.

Respirazione breve, accelerata, che eseguivasi mediante l'elevazione delle coste ed il contemporaneo abbassamento del diaframma; parlava con voce tremante; decombeva sul dorso; aveva una tosse frequente con sputi trasparenti, vischiosi, di un color verde a guisa della materia resinosa della bile. Il petto, sotto la percussione, mandava un suono molto ineguale a destra, anteriormente dalla clavicola sino poco sotto la mammella, e posteriormente dalla spina della scapola sino poco sopra l'angolo inferiore di questo medesimo osso. Anteriormente nello stesso spazio non si sentiva veruna specie di respirazione, o di rantolo; posteriormente esisteva un legger rantolo crepitante non frammisto al mormorio d'espansione polmonare. Più in basso, ed in tutto il lato sinistro udivasi la respirazione con forza e chiarezza; il polso era frequente e piccolo, la cute ardente e secca. Una patina verdastra copriva la lingua; l'ipocondrio destro teso e dolente presentava sotto la pressione una resistenza maggiore che non il sinistro. Le evacuazioni alvine erano allo stato normale nel rapporto della quantità, e della qualità. Nell'orinare l'ammalato soffriva dolore lungo l'uretra, e le orine erano scarse, e di un vivo color rosso aranciato. La faccia, il tronco, e la parte interna delle membra toraciche erano di un color giallo tendente al verde.

I segni somministrati dall'ascoltazione e dalla percussione indicavano l'epatizzazione del lobo superiore del polmone destro; ma gli sputi non erano che vischiosi, e pel loro colore verde-fosco diversificavano intieramente

da quelli che ordinariamente si osservano nella peripneumonia, i quali sono rossicci, gialli o verdastri. La dolorosa tensione dell' ipocondrio destro, congiunta all' iterizia ci indusse a sospettare della coesistenza di un' epatitide. La grande difficoltà di respiro, la profonda alterazione dei lineamenti della fisonomia, la sede dell' infiammazione polmonare, che è più pericolosa quando esiste nei lobi superiori, il grado inoltrato di questa stessa flogosi, finalmente la presunta complicazione dell'epatitide, erano altrettante circostanze che facevano presagire un esito infausto della malattia (*Salasso di dodici once*, *bevande e cristeri ammollienti*, *dieta*). Il sangue presentò un largo crassamento con una cotenna densa, dura, e di un colore giallo-fosco. Un frammento di carta immerso nel siero si tinse in giallo.

Verso sera estrema era la difficoltà di respiro, e nel corso della notte l' infermo andò in delirio. — Nella mattina del 24 mandava continue grida di lamento; le inspirazioni erano brevi e frequentissime. A destra, lateralmente ed anteriormente, nello spazio di tre o quattro dita trasverse al di sotto della mammella, precisamente ove ventiquattro ore prima chiaramente udivasi il mormorio della respirazione, sentimmo un rantolo crepitante; indizio sicuro che l'infiammazione erasi estesa a maggior parte di polmone.

Gli sputi non cangiarono carattere; decumbeva sempre sul dorso; le pulsazioni delle arterie erano talmente frequenti, che appena si potevano enumerare; tutta la cute era ingiallita (*Vescicante da applicarsi al lato destro del torace*).

Nel corso della giornata aumentò considerevolmente l' affanno di respiro; verso sera gli sopraggiunse il ran-

tolo tracheale, si raffreddarono le estremità, e nella notte morì.

Sezione del cadavere.

Colorito giallo-verdastro ben distinto di tutta la superficie cutanea. Gialle parimenti erano le cartilagini delle coste.

Il lobo superiore del polmone destro era in tutta la sua estensione di un color bigio-giallastro. Il suo tessuto si lacerava colla massima facilità, e mediante la pressione riducevasi in una massa polposa, e ne colava una gran quantità di liquido purulento, pure di color giallo. Questo medesimo lobo, ben lavato e purgato dal pus che lo infiltrava, presentava molte granulazioni rossicce, vicine le une alle altre. Parte del lobo medio era affetta d'epatizzazione rossa, e parte da semplice ingorgamento. Altrove il parenchima polmonare era sano; la membrana mucosa del bronco destro era sensibilmente più rossa che la sinistra. Una concrezione polipiforme, ramificandosi nell'arteria polmonare e nelle vene cave, distendeva le cavità destre del cuore.

Il fegato sporgeva per due dita trasverse al di sotto del margine cartilagineo delle coste false. Era esso di un colore analogo a quello della feccia del vino; il suo tessuto, di un' estrema mollezza, sotto una lieve pressione riducevasi in una polpa rossiccia. La cistifelea non conteneva che una piccola quantità di bile di un color giallo alquanto fosco; i condotti biliari erano liberi, e la bile facilmente scorreva nel duodeno. Questa parte di intestino non presentava la benchè minima injezione sanguigna. La superficie interna dello stomaco era di un color bianco roseo in tutta la sua esten-

sione. Il rimanente tubo intestinale era bianco. In vicinanza dell' intestino ceco esistevano due o tre larghe strisce di punti neri (ghiandole agminee di Peyer). La milza, dell' ordinario volume, era mollissima.

La dura madre era di un color giallo; una sierosità parimenti gialla infiltrava il tessuto cellulare sotto aracnoideo. Un liquido simile riempiva i ventricoli laterali. Molte piccole vene, che si disperdono sulle loro pareti, presentavano una tinta gialla, la quale, non esistendo che lungo il decorso del vaso e non propagandosi alla sostanza cerebrale vicina, sembrava dipendere dalla natura del liquido contenuto in quei vasi. Altre venucce erano del loro ordinario colore.

Niun liquido analogo alla bile si ritrovò nel sistema linfatico.

Gli sputi non indicavano in questo caso il grado dell'infiammazione polmonare; erano essi soltanto vischiosi, e sembrava che il loro color verde dipendesse dal miscuglio della bile col muco bronchiale; e ciò lo dimostra l' essere del medesimo colore anche la superficie superiore della lingua. *La natura dell'espettorazione fu adunque determinata, in questo caso, dalla malattia del fegato.* I veri sputi biliosi sono d' altronde infinitamente rari, e nel decorso di quest' opera ci studieremo di provare, che gli sputi che ordinariamente distinguonsi con questa denominazione, altro non sono che sputi tinti d' una quantità più o meno considerevole di sangue.

Non ci occuperemo intorno ad altre circostanze di questa osservazione, importanti sotto il rapporto dell' epatitide, quali sono i segni che indicarono questa infiammazione, assai meno frequente che non lo si pensi

comunemente, la natura dell' alterazione che presentò il fegato, lo stato perfettamente sano del duodeno, quantunque il fegato fosse ammalato, ecc.

LVI. OSSERVAZIONE.

Peripneumonia con aracnitide, e gastritide.

Un uomo di trenta tre anni, antico maresciallo d'alloggio, avendo abbandonato il servizio menava già da tre anni una vita miserabile, godendo però abitualmente buona salute. Nella sera del 19 marzo 1822, dopo aver faticato per tutta la giornata, fu preso da un mal essere generale e da vaghi brividi di freddo, a cui succedette un urente calore. Nel corso della notte sentì un forte dolore sotto la mammella destra.

Nel giorno 20 il dolore sussisteva tuttora, e l' ammalato tossiva senza espettorare. In quel dì, e nel successivo 21 stette a letto e bevè del punch caldo. Nel 22 prese un emetico che gli cagionò un forte vomito senza alcun sollievo. Nel 24 gli si applicarono quindici mignatte al lato destro del torace. Nel 25 l' infermo venne ricoverato nello spedale della Carità ove alla sera gli fu fatto un salasso. Alla visita del 26 lo ritrovammo nel seguente stato:

Fisonomia stupida; prostrazione incipiente di forze; decubito dorsale; gran difficoltà di respiro; inspirazioni brevi, e molto vicine tra loro; voce tremante; tosse frequente, sputi rossicci, trasparenti, vischiosi, riuniti in una massa gelatiniforme che attaccasi al vaso; dolore sotto la mammella destra, che si fa sentire soltanto sotto la percussione, o negli sforzi di tosse. Percuotendo il petto odesi un suono molto ineguale a destra posteriormente, dalla spina della scapola sino alle

ultime coste, lateralmente dal cavo dell'ascella sino all'ipocondrio, ed anteriormente nello spazio compreso tra la mammella e l'ipocondrio medesimo. Mediante l'ascoltazione sentesi a destra posteriormente un mormorio analogo al mormorio d'un soffietto non bene unito, da cui si faccia uscire l'aria con forza e rapidità (*Respirazione bronchiale fortissima*). Questo mormorio è talvolta frammisto al rantolo crepitante, che odesi solo anteriormente e lateralmente nello spazio ove il suono è ineguale. Immediatamente al di sotto della clavicola del medesimo lato, come nella fossa sopraspinosa destra, ed a sinistra in tutti i punti, il mormorio della respirazione è molto intenso, e non frammisto a veruna specie di rantolo, nè ad altro rumore insolito. Il polso è frequente, piccolissimo, la pelle calda ed arida (non sudò mai), la lingua rossa e levigata. Il sangue estratto il giorno antecedente presenta una cotenna bianca e densa. La peripneumonia sembrava già sì avanzata, la debolezza sì grande, che non pareva doversi arrischiare un nuovo salasso; ma Lerminier considerando lo stupore qual segno d'un'infiammazione delle meningi, fece applicare dieci sanguisughe dietro ciascuna orecchia. Ordinò pure l'applicazione di un vescicante di sette pollici di diametro al lato destro del petto, di due senapismi alle gambe verso sera, ed internamente prescrisse bevande ammollienti, e dodici grani di polvere del Dower da prendersi alla sera in due dosi, come mezzo diaforetico. — Nel corso della notte si manifestò per la prima volta un abbondante sudore.

Nella mattina del 27 (nono giorno) aveva un aspetto ancor più stupido, la debolezza era maggiore. L'ammalato non poteva sedere sul proprio letto fuorchè con

un' estrema difficoltà. Gli sputi erano soppressi, aveva una somma ansietà di respiro, la lingua bruna e secca; il polso era sì frequente che appena potevansi enumerare i battiti (*Due vescicanti da applicarsi alle gambe*).

28. — Decimo giorno, respirazione bronchiale ben distinta a destra e posteriormente; ai lati anteriormente non udivasi alcun mormorio, fuorchè nell' estensione di due o tre dita trasverse al di sopra della mammella ove esisteva il rantolo crepitante. La secchezza ed il colorito bruno della lingua sussistevano tuttora. Non sudava più quantunque si fosse continuato nell' uso della polvere del Dower. — Durante la notte il malato andò in delirio.

Nell'undecimo giorno le sue idee erano, ad intervalli, disordinate; non presentò variazione alcuna negli altri sintomi (*Decotto di poligala*).

Nel dodicesimo giorno aveva uno sguardo minaccioso; moveva continuamente la testa da destra a sinistra, e da sinistra a destra. Il malato sembrava alquanto sordo, e non rispondeva alle domande che gli venivano fatte fuorchè lentamente e balbettando. La lingua era coperta da una crosta nera e densa. Respirava con somma difficoltà; il colorito livido della faccia e delle labbra indicava uno stato d' incipiente asfissia. Udivasi con gran forza la respirazione bronchiale. — Nella notte ebbe un delirio furioso (*Vescicanti da applicarsi alle cosce*).

Nella mattina del decimo terzo giorno, la faccia dell' ammalato era profondamente alterata; respirava con grande stento. Poco tempo dopo la visita si mise a parlare ad alta voce, a gridare, ed a cantare. A mezzo giorno non parlò più, e verso un' ora spirò.

Sezione del cadavere.

Epatizzazione bigia dei lobi inferiore e medio del polmone destro. La porzione inferiore del lobo superiore del medesimo polmone era affetta d'epatizzazione rossa e bigia; ma vi predominava la rossa, ed in alcuni punti non eravi che un semplice ingorgo. Finalmente la parte superiore di questo lobo, che formava la sommità del polmone, era ancora perfettamente crepitante, nè presentava ingorgo di sorta.

Il polmone sinistro era infiltrato da un'enorme quantità di siero spumeggiante e scolorato. Sembrava che questo edema si fosse formato durante l'agonia. I bronchi del polmone destro erano assai più rossi che quelli del sinistro. Il cuore, ed i grossi vasi in vicinanza di quest'organo contenevano gran copia di sangue nerastro coagulato. Sulla pleura polmonare del lato destro esisteva un trasudamento albuminoso di poca entità, sotto forma di piccole macchie, ed in scarso numero.

La membrana mucosa dello stomaco presentava nella sua porzione splenica una viva injezione senza ammollimento nè indurimento sensibile del suo tessuto. Niuna alterazione si rinvenne nel canale digerente, non che in tutti gli altri visceri addominali.

All' estremità anteriore degli emisferi cerebrali, non lungi dalla grande fissura interlobare, esisteva un trasudamento albuminoso membraniforme, posto nel tessuto cellulare sotto-aracnoideo. Se ne trovarono due o tre altri simili, della lunghezza di un pezzo da cinque franchi all' incirca, alla superficie inferiore del cervello nello spazio ove appoggia sui lobi inferiori del cervelletto. I ventricoli laterali erano grandemente distesi da

un siero torbido, in cui nuotavano varii piccoli fiocchi. La cavità dei medesimi, vuotata del liquido che la riempiva, sembrava assai più ampia che non lo è nello stato fisiologico.

Questa osservazione ci sembra degna di tutta la riflessione, potendosi ciascun gruppo dei sintomi, che presentò, riferirsi alla lesione di un organo, o di un apparecchio di organi.

Abbiamo veduto che nelle peripneumonie senza complicazione la lingua si allontana ben poco dal suo stato naturale. In questo caso il suo colore rosso dapprima, indi bruno e nero, e la sua siccità indicavano una complicazione gastrica (*); ed infatti ritrovammo un'infiammazione dello stomaco. Onde poi spiegare il delirio, si rinvenne una meningitide ben caratterizzata (**).

Relativamente alla peripneumonia ne fu con altrettanta esattezza indicata la sede ed il grado. Ritroviamo in questo caso due fra i segni i più sicuri dell'epatizzazione polmonare, cioè la respirazione bronchiale e la modificazione della voce, che quasi costantemente l'accompagnano.

Quando l'ammalato entrò nello spedale la flogosi del polmone era già ad un grado superiore alle risorse dell'arte. La contemporanea esistenza dell'aracnitide e

(*) Al presente non crediamo più che un simile stato della lingua indichi necessariamente una flogosi dello stomaco. Nei successivi volumi riferiremo dei fatti, che mostreranno potersi trovare la lingua secca o nera in persone, che dopo la morte non presentano alcuna sensibile lesione del ventricolo.

(**) Altri casi si danno in pratica in cui, per spiegare il delirio dei peripneumonici, non ritrovasi nei centri nervosi, nè tampoco nei loro involucri la benchè minima lesione.

della gastritide rendeva il pronostico oltremodo grave. Da questa triplice infiammazione ne venne la soppressione delle forze, la debolezza, e lo stato adinamico che presentava l'infermo. Certamente, che i rimedii tonici sarebbero stati nocivi; ma non sappiamo però se abbondanti emissioni di sangue avrebbero potuto riescire più utili.

LVII. OSSERVAZIONE.

Peripneumonia con infiammazione generale della membrana mucosa gastro-polmonare.

Un uomo dell'età di trent'otto anni, di capelli biondi, di pelle bianca, e di gracile costituzione fisica entrò nello spedale della Carità il giorno 23 aprile 1822. Già da più giorni aveva una profusa diarrea; tossiva frequentemente, e parlava con voce rauca. Alla visita del 24 lo ritrovammo nel seguente stato.

Grado estremo di debolezza generale; facoltà intellettuali ottuse; occhi rossi e lagrimosi, corizza, lingua rossa, deglutizione penosa, ventre indolente, diarrea, raucedine, respirazione alquanto accelerata, espettorazione catarrale, tosse frequente; l'ammalato non prova il benchè minimo senso di oppressione; non sente, e non sentì giammai verun dolore nel petto. Il polso è frequente e duro, la pelle calda e secca.

Manifesta era in questo caso l'infiammazione generale, ma poco intensa, della membrana mucosa delle intestina e dei polmoni. Niun sintomo indicava che ne fosse affetto il parenchima polmonare. Sembrava che questo individuo fosse nei prodromi di una scarlattina, o d'un morbillo. Fu prescritto un salasso di otto once; il malato prese nel corso della giornata, in due riprese, do-

dici grani di polvere del Dower. Si ebbe di mira con questo diaforetico di favorire lo sviluppo dell' eruzione se essa doveva succedere. In ogni caso, dopo aver frenata l'infiammazione interna con una sottrazione di sangue, si cercava di moderarla maggiormente determinando un afflusso di umori verso la cute (35).

All' indimani 25 trovavasi ancora nel medesimo stato; non aveva ancora sudato (*Dodici mignatte da applicarsi all' ano*). Nella notte successiva andò in delirio.

26. — Fisonomia stupida, maggior prostrazione di forze, lingua rossa e sete ardente, ventre molle; ebbe nella giornata tre o quattro scariche alvine; afonia; tosse più frequente; respirazione maggiormente accelerata; sputi vischiosi e rossicci, suono ineguale nella parte posteriore e laterale destra del torace, in quasi tutta l'estensione dei lobi medio ed inferiore del polmone di questo lato. In questo medesimo spazio udivasi la respirazione bronchiale, ed un rimbombo particolare della voce (*Trenta mignatte da applicarsi all' epigastrio, due vescicanti alle gambe*).

Nel corso della sera si manifestò un delirio tranquillo, l'infermo ebbe tanta forza di uscire da solo dal suo letto, e farne il giro. Interrogato se soffriva dolore in qualche parte, indicò, senza parlare, la regione dello sterno. Morì durante la notte.

Sezione del cadavere.

Il parenchima dei lobi medio ed inferiore del polmone destro era denso, impenetrabile all' aria; il lobo inferiore era affetto d'epatizzazione bigia, il medio d'epatizzazione rossa. Fra questi due lobi esisteva una concrezione albuminosa, membraniforme, di recente forma-

zione. L'apertura della glotide veniva quasi otturata da un muco filamentoso. La membrana mucosa della laringe e della trachea presentava una gran quantità di macchie, e di strisce rossicce. I bronchi erano di un colorito livido. — Il cuore era dell'ordinario suo volume; ma vi esisteva un'ipertrofia considerevole delle pareti del ventricolo sinistro, con ristrettezza della sua cavità. Le cavità destre, distese da un sangue nerastro e liquido, contenevano eziandio varii coaguli fibrosi bianchi, intimamente congiunti alle colonne carnee.

La parete posteriore della faringe presentava un rossore intenso — L'esofago era bianco. Umori gaziformi, e liquidi distendevano mediocremente lo stomaco. La sua superficie interna appariva, pel colore, divisa in due porzioni ben distinte. Tutta la porzione splenica era di un colorito rosso vivo, che risiedeva nella mucosa ammollita; la porzione pilorica era bianca e della consistenza normale. Alcune grosse vene riempite di sangue si distribuivano sotto la membrana mucosa. Questa membrana era come intonacata da una gran quantità di sangue bruno liquido, che sembrava essere dalla medesima esalato. — I tre quarti superiori dell'intestino tenue presentavano un color rosso, il quale in molti luoghi dipendeva da un'injezione sotto-mucosa, ma che in molti altri punti traeva pure origine dall'injezione della membrana mucosa stessa. In due o tre luoghi, ove l'infiammazione della membrana mucosa sembrava più viva, era essa coperta da un liquido sanguinolento analogo a quello dello stomaco. — Il quarto superiore era bianco sino alla distanza di un piede all'incirca dall'intestino ceco. In questo ultimo spazio la membrana mucosa era alquanto rossa; ed ivi esistevano pure due rialzi della larghezza approssimativamente di un pezzo da 20 soldi,

e che sporgevano due o tre linee al disopra della superficie interna dell'intestino. I loro margini erano formati dalla membrana mucosa di un colore rosso-livido. Essendo il loro centro al livello dei margini, presentava uno strato grigio bruno che tenacemente stava attaccato alle parti sottoposte, e sembrava costituire una vera escara della membrana mucosa. Al disotto di questa esisteva il tessuto lamellare, considerevolmente indurito e di un colore rosso bruno. Eravi una grande analogia, nella forma e nel colore, fra questi tumori e l'antrace della cute. — L'intestino crasso era sano. La milza voluminosissima si lacerava sotto la ben che minima pressione riducendosi in una specie di pasta di color nero fosco.

La porzione delle meningi, che copre la convessità degli emisferi cerebrali presentava una ben distinta injezione sanguigna; la sostanza cerebrale era dura, ed incidendola apparivano molti piccoli punti rossi; i ventricoli non contenevano che poche gocce di siero.

La sezione del cadavere mostrò che questo ammalato era affetto da un'infiammazione generale della membrana mucosa gastro-polmonare, come già fino dal primo giorno fu da noi annunciato; ma scoprimmo eziandio una profonda alterazione del parenchima polmonare, la quale fu da noi riconosciuta soltanto ventiquattro ore prima della morte, e che non di meno esisteva infallibilmente già da molti giorni. Fino all'ultimo giorno di vita dell'ammalato mancavano quasi tutti i sintomi della peripneumonia, per cui si credette inutile di esplorare il petto colla percussione e coll'ascoltazione. È questo un esempio singolare di un'infiammazione latente del polmone con suppurazione del suo tessuto. Non è che dietro i progressi rapidissimi della

peripneumonia dal 25 al 26, che si può render ragione del motivo per cui la dispnea, quasi nulla sino a quell'epoca, d'improvviso aumentò grandemente. Un' altra circostanza avvi ancora degna di riflessione, ed è che gli sputi peripneumonici non comparvero che nell'ultimo giorno di vita. Io sarei indotto a credere che l'infiltrazione purulenta del lobo inferiore non contribuì alla genesi di questi nuovi sintomi, e che essi furono invece il risultato di una nuova infiammazione che s'impadronì del lobo medio, e che fu talmente acuta da produrre in brevissimo tempo l'epatizzazione rossa di questo lobo. Da ciò ne venne maggior oppressione di forze, e la morte.

LVIII. OSSERVAZIONE.

Peripneumonia doppia con enteritide, e peritonitide acuta.

Un fabbro ferraio, dell' età di ventun anno, già da dodici giorni aveva una copiosa diarrea, quando entrò nello spedale della Carità, il 31 dicembre 1821. Al primo di gennaio 1822 accusava un violento dolor di capo, aveva la faccia rubiconda, la lingua bianchiccia, anoressia, il ventre indolente, e liquide e frequenti erano le evacuazioni alvine; il polso era frequente e pieno, la pelle calda (*Salasso di dodici once*). Il sangue non presentò cotenna. Dal 2 al 5 gennaio per gradi andò cessando la febbre, nonchè la diarrea e gli altri sintomi morbosi. Nel giorno 5 era in piena convalescenza. Nel 6 tutto era cangiato d'aspetto; il polso si accelerò di nuovo; la respirazione era alta e frequente; mediante l'ascoltazione udivasi un rantolo crepitante posteriormente in ambedue i lati: era questa l'assalimento di una doppia peripneumonia? (*Ventiquattro mignatte da applicarsi all' ano*).

7. — L' addome era coperto da una quantità di piccole eminenze del volume del capo di un ago ordinario, bianche, semitrasparenti, più manifeste al tatto che non alla vista (sudamina) (*Si applicarono altre trenta mignatte all'ano*).

8. — La faccia raggrinzata esprimeva l' ansietà ed il dolore. Il malato coricato sul dorso, non eseguiva il benchè minimo movimento nel timore di aumentare i vivi dolori addominali, che da poche ore soffriva; sotto una pressione alquanto forte questi dolori aumentavano.

La lingua era umida e di un colore rosso vermiglio, il ventre teso; non ebbe alcuna scarica alvina. La respirazione, breve e frequentissima, eseguivasi specialmente pel sollevarsi delle coste; udivasi tuttora il rantolo crepitante posteriormente in ambedue i lati; il polso era contratto, piccolo, mediocremente frequente; sudò profusamente nel decorso della notte; sull' addome, sul petto, e sulle membra vedevansi in gran copia i sudamini (*Trenta mignatte da applicarsi all'ano, fomenti di decotto d' altea ed imbrocazioni d'olio di camomilla sul ventre, bevande, e cristeri ammollienti*).

9. — Era nel medesimo stato. — 10, i caratteri della respirazione erano gli stessi; posteriormente non potevasi praticare l' ascoltazione nè la percussione a motivo dell' estrema difficoltà dei movimenti; il ventre era teso e dolente; l' intestino colon era disteso da molto gaz (*Trenta mignatte da applicarsi al ventre; due cristeri contenenti per ciascuno una mezz' oncia d'olio di ricino*).

11. — Dispnea sempre maggiore, polso piccolissimo ed irregolare, profonda alterazione dei lineamenti della fisonomia (*Vescicanti da applicarsi alle cosce*). Morì nella sera.

Sezione del cadavere.

La parte posteriore di ambedue i polmoni non era più crepitante; dal loro tessuto estremamente fragile, e simile al tessuto della milza, colava una gran quantità di siero sanguinolento.

La cavità peritoneale era riempita di un liquido di color bigio sporco, in cui nuotavano varii fiocchi albuminosi; alcune concrezioni membraniformi, ancor molli e recenti, univano tra loro le anse intestinali.

La superficie interna dello stomaco è bianca, come pure quella dei quattro quinti superiori dell' intestino tenue. La superficie interna del quinto inferiore era disseminata da un gran numero di piccoli rialzi rotondi, bianchi o rossicci, del volume di un grano di miglio, sporgenti sopra la membrana mucosa, a spese della quale eransi formati: tra questi rialzi la membrana era bianca. Nella medesima porzione d' intestino vedevasi una chiazza rossa, ovale, sporgente d' una linea al disopra della membrana mucosa, che aveva il diametro maggiore nel senso della lunghezza dell' intestino, dell'estensione di due o tre pollici sopra un pollice e mezzo di larghezza; la sua superficie appariva rugosa ed ineguale; era essa unicamente formata dalla mucosa parzialmente infiammata. Finalmente, nello spazio di tre o quattro dita trasverse al disopra dell' intestino ceco, esisteva un gran numero di esulcerazioni, il di cui fondo era formato da un tessuto lamellare rosso alquanto indurito, ed i margini della mucosa irregolarmente frastagliata erano di un colore nerastro nell'estensione di circa una linea ai contorni dell' ulcera. Immune di questa al-

terazione era l' intestino cieco, e di un colore bianco come pure il resto dell' intestino crasso.

All' epoca in cui l' ammalato entrò nello spedale, era affetto da una di quelle lievi enteritidi, che ordinariamente in pochi giorni si risolvono mediante l' uso di semplici emollienti. In fatti cessò ben presto la diarrea, si moderò la febbre, e l' infermo trovavasi già in convalescenza, quando improvvisamente il polso divenne frequentissimo, si accelerò il respiro, e si cominciò a sentire nella parte posteriore di ambedue i polmoni un rantolo crepitante. Poco tempo dopo il peritoneo pure fu preso da flogosi; si mascherarono i sintomi della peripneumonia; non esisteva alcuna espettorazione caratteristica; la tosse era lievissima; la difficoltà di respiro potevasi considerare qual effetto meccanico della compressione del diaframma prodotta dalla raccolta peritoneale, e dal gaz sviluppatosi nell' intestino colon: la contemporanea esistenza dell' infiammazione in ambedue i polmoni diminuiva uniformemente il suono nei due lati del petto, e rendeva quindi incerti i segni somministrati dalla percussione. Non rimaneva adunque altro mezzo diagnostico fuorchè l' ascoltazione; ma a motivo dei vivi dolori peritoneali che soffriva ad ogni cangiamento di posizione, non potevasi praticare regolarmente l'ascoltazione, ed i suoi risultati erano imperfetti. Ecco pertanto un caso, in cui tutte le circostanze concorrevano a rendere oscura la diagnosi della peripneumonia, di modo che potevasi soltanto sospettarne l'esistenza. Casi di simil fatta si riscontrano frequentemente nell' esercizio della medicina pratica, e ne aumentano grandemente le difficoltà. Non occorre il dire che in questo

infermo, l'adinamia non era che apparente e falsa, essendo essa un effetto della triplice infiammazione dei polmoni, del peritoneo, e della membrana mucosa intestinale.

Le porzioni infiammate del polmone erano, a nostro avviso, in uno stato intermedio tra il semplice ingorgo e la vera epatizzazione: sotto il rapporto anatomico sembra che questo stato costituisca il passaggio dal primo al secondo grado della peripneumonia.

LIX. OSSERVAZIONE.

Peripneumonia latente
sopraggiunta durante il corso di un' enteritide cronica.

Un domestico, dell'età di ventisette anni, entrò nello spedale della Carità, il giorno 4 aprile 1822. Già da tre settimane aveva una profusa diarrea; il polso era frequente e debole, la faccia pallida e dimagrata, la lingua rossa e levigata, il ventre indolente. Si applicarono venti mignatte all'epigastrio. All'indimani la lingua non era più sì rossa; gli altri sintomi sussistevano tuttora. Nei giorni successivi si rinnovò per due volte l' applicazione delle mignatte all' ano, e si prescrissero bevande mucilagginose e clisteri ammollienti. Ma la diarrea non cessava, nè d' altronde esistevano sintomi di gastritide. La lingua era pallida, il polso piccolo e frequente, la cute non tanto calda; l'infermo in uno stato di dimagramento e di debolezza generale sembrava quasi anemico. Lerminier fu d' avviso che si potesse tentare di combattere la diarrea coll' uso dei rimedi tonici astringenti. Prescrisse dapprima un bicchiere di decotto di catecu, ed un decotto di riso acidulato coll' acqua di Rabel. I medesimi sintomi sussistevano tuttora, ai quali si aggiunse la comparsa di numerose petecchie

sul petto e sull' addome. Lerminier allora ordinò dei boli, ciascuno dei quali era composto di quattro grani d' allume, e di altri quattro grani d' estratto di ratania; e di questi l' ammalato ne prendeva quattro al giorno, ma ben tosto se ne aumentò la dose a segno che in breve arrivò a consumarne dieci al giorno. Internamente gli veniva somministrata qualche minestra di riso, del brodo, ed un poco di vino: sotto l' influenza di questo trattamento curativo, cominciò a diminuire la diarrea, indi cessò del tutto, ed in pari tempo la faccia riprese il suo naturale aspetto; un legger madore si manifestò alla cute, che acquistò eziandio un colorito migliore; sembrava che non si dovesse occuparsi d' altro che di nutrire il malato, aumentando in qualche modo la massa del sangue, quando al principio del mese di maggio si riaccese la febbre, e la faccia in poche ore assunse un aspetto cadaverico.

Qual era mai la causa di questa recidiva? Non sembrava che esistesse nelle intestina, poichè la lingua conservava il suo naturale aspetto, il ventre era molle ed indolente, non si era rinnovata la diarrea. Così pure non aveva tosse, nè presentava alcuna apparenza di dispnea. Nondimeno esplorammo il petto mediante la percussione, e sentimmo un suono alquanto ineguale a destra posteriormente, in quasi tutta l' estensione dei lobi medio ed inferiore; in questo medesimo spazio udivasi un rantolo crepitante non frammisto a verun mormorio d'espansione polmonare. Non potevasi quindi mettere in dubbio l' esistenza di una peripneumonia. L' infermo era ancora sì debole ed anemico, che Lerminier non credette conveniente di aprire la vena: prescrisse l' applicazione di venti mignatte al lato destro del torace, e due vescicanti alle cosce. Nei due giorni

successivi continuò la febbre, i lineamenti della fisonomia si alterarono maggiormente, il suono delle pareti toraciche divenne ancor più ineguale; cessò del tutto il rantolo crepitante senza che vi si sostituisse verun mormorio respiratorio; non aveva nè difficoltà di respiro, nè tosse, nè espettorazione (*Vescicante da applicarsi al lato destro del torace*). Morì nel quarto giorno dopo la ricaduta.

Sezione del cadavere.

Parte del lobo inferiore del polmone destro era affetta in alcuni punti da epatizzazione rossa, ed in altri da epatizzazione bigia; un'altra parte di questo lobo, di color rosso e che facilmente mediante la pressione riducevasi in una massa polposa, presentava un aspetto molto analogo a quello di certe milze mollissime. Il residuo parenchima polmonare sembrava sano.

La superficie interna dello stomaco era bianca, e la sua membrana mucosa dell' ordinario spessore e consistenza; l' intestino tenue non presentava veruna sensibile alterazione sino alla distanza di un piede all' incirca sopra la valvola. La membrana mucosa di quest'ultimo tratto d'intestino tenue, e quella dell'intestino cieco erano di un color rosso bruno; nell' intestino colon esistevano molte piccole esulcerazioni bianchicce, all' ingiro delle quali la membrana mucosa formava un orlo parimenti bianco.

Questa osservazione è degna di considerazione per la mancanza di tutti i segni razionali proprii della peripneumonia. Non vi fu nè difficoltà di respiro, nè tosse, nè espettorazione; nondimeno l' infiammazione era

molto intensa, ed il suo decorso sembrò rapidissimo. Non v'ha dubbio che la peripneumonia non sia stata la causa della recidiva, e della morte cui soggiacque questo individuo già sfinito di forze; parve che questa flogosi lo trascinasse al sepolcro, concentrando nel polmone quelle poche forze, che ancor possedeva l'economia; per cui d'improvviso ne venne un indebolimento estremo.

Se, non contenti della semplice osservazione dei fatti, volessimo altresì indagarne le loro cagioni fisiologiche, non potremmo forse, in questo caso, ripetere la mancanza della dispnea dalla piccolissima quantità di sangue, che, nello stato di anemia in cui trovavasi l'infermo, doveva in un tempo determinato venire in contatto dell'aria?

Questa osservazione è poi del massimo interesse sotto il rapporto del complesso dei fenomeni generali e locali che precedettero l'invasione della peripneumonia, del metodo curativo usato con pieno successo contro la diarrea, e finalmente per lo stato in cui si trovò il canale intestinale. Essa ci sembra atta a rischiarare molti punti di dottrina medica, che qui non è luogo opportuno di sviluppare.

LX. OSSERVAZIONE.

Peripneumonia associata al vaiuolo nel primo stadio, e che si risolveva a misura che si sviluppava l'eruzione.

Un uomo, dell'età di ventidue anni, nel giorno 23 di settembre fu preso da vertigini, da vomito, e da un vivo dolore alla regione lombare. Nel 24 gli sopraggiunse una tosse frequente con difficoltà di respiro. Nella sera di questo giorno entrò nello spedale della Carità, ove fu tosto salassato, ed il sangue presentò una

sottile cotenna. Nella mattina del 25 la respirazione era alta, accelerata, gli sputi vischiosi, rossicci, trasparenti; il petto, sotto la percussione, in genere, risuonava assai male; il mormorio naturale dell' espansione polmonare era mascherato in molti punti dal rantolo crepitante. Aveva un polso frequente e pieno, la pelle calda, la lingua umida e bianchiccia, la faccia rubiconda, non eravi alcuna abnormità nelle evacuazioni alvine, continuarono le vertigini. Noi considerammo questo ammalato come affetto da una doppia peripneumonia ancora poco intensa (*Salasso di dodici once, senapismo da applicarsi verso sera, decotto d' orzo*). Il sangue presentò una cotenna più densa di quella del primo salasso.

26. — Terzo giorno di malattia, l' affanno di respiro era aumentato, il rantolo crepitante era più forte e più generale, gli sputi presentavano il medesimo aspetto. La faccia, sempre rubiconda, mostrava un'ansietà ben distinta; intensa era la febbre, niuna alterazione morbosa appariva nelle vie digerenti. Da questi sintomi si rilevava, che da ventiquattro ore in poi l'infiammazione polmonare erasi considerevolmente aggravata; e per poco che essa aumentasse ancora, potevasi temere che fosse per riuscire prontamente funesta attesa la sua grande estensione (*Salasso di otto once, due vescicanti alle gambe*).

Nella mattina del 27 l'infermo trovavasi nel medesimo stato. Nella sera comparve simultaneamente alla faccia, al petto ed alle braccia un' eruzione di bottoni piccolissimi, rossi e conici. — All' indimani mattina questi bottoni erano più grossi ed in maggior numero. — Dal momento della loro comparsa, la respirazione erasi fatta più libera, e si stabilì un' espettorazione di sem-

plice catarro. Al rantolo crepitante erasi sostituito il mormorio naturale d'espansione polmonare: il petto era più sonoro. — Nei giorni successivi sotto la sola influenza della dieta, e di semplici bevande mucilagginose l'eruzione vaiolosa si sviluppò con regolarità, e scomparvero tutti i sintomi della peripneumonia.

Il complesso dei sintomi, che si manifestarono al principio di questa malattia, indicava una febbre infiammatoria; ma in breve comparvero i segni di una flogosi, di una peripneumonia. Sembrava che questa fosse più grave per la sua estensione, che non per l'intensità. Molte emissioni di sangue non ne arrestarono i progressi. Erasi già pronunciato un pronostico infausto, quando i sintomi di questa flogosi scomparvero quasi per incantesimo, mentre che cominciò ad effettuarsi l'eruzione vaiolosa, la quale fu in questo caso veramente critica. Fatti consimili non sono poi tanto rari. Chi mai non conosce che il primo stadio delle febbri esantematiche è soventi contrassegnato da sintomi d'aracnitide, di peripneumonia, di gastritide, ec., i quali cessano con meravigliosa prontezza tosto che comincia a svilupparsi l'eruzione?

Frequentemente pure la peripneumonia si manifesta nel corso del vaiuolo, e ne è senza dubbio una delle più funeste complicazioni. Ma ora essa viene indicata da sintomi caratteristici, ed allora può essere combattuta con successo da un trattamento antiflogistico più o meno energico; ed ora, ciò che è più pericoloso, rimane compiutamente celata; soventi allora il tessuto polmonare è già disorganizzato dalla flogosi, prima che il medico arrivi ad accorgersi della sua esistenza. Nel maggior numero dei casi la medesima si oppone al li-

bero sviluppo dell' eruzione cutanea, ed è una delle cause più frequenti di quei vaiuoli irregolari, ordinariamente mortali, che gli antichi indicavano colla denominazione di vaiuolo maligno. Tutto ciò comprova l' importanza del precetto di esplorare colla percussione e coll' ascoltazione il petto dei vaiolosi, eziandio allor quando la funzione del respiro sembra essere perfettamente libera. Ogni volta poi che per questi due metodi siasi conosciuta l' esistenza di un'infiammazione polmonare, non bisogna esitare di ricorrere francamente a generose emissioni di sangue, unico mezzo per moderare l'infiammazione interna, e favorire lo sviluppo dell' eruzione (36).

LXI. OSSERVAZIONE.

Peripneumonia sviluppatasi in sostituzione a dolori reumatici.

Un berrettaio, dell'età di venticinque anni, era già da quindici giorni all' incirca affetto da dolori reumatici, quando entrò nello spedale della Carità nel mese di decembre 1822. Questi dolori, dopo aver percorso successivamente le articolazioni della spalla, della mano e del cubito, si fissarono alle ginocchia, che erano divenute rosse e tumide. Intensa era la febbre. Si fecero due salassi; il rossore scomparve, diminuì la gonfiezza, ma il dolore continuava ancora con molta intensità, quando improvvisamente nella giornata del 16 dicembre scomparve, e contemporaneamente il malato fu preso da considerevole oppressione di respiro. Nella stessa sera gli si applicarono due senapismi alle estremità inferiori. Alla mattina del giorno successivo il dolore reumatico non era più comparso; l' infermo, seduto nel proprio letto diceva di sentirsi soffocare. I movimenti inspiratorii, brevi ed accelerati, si esegui-

vano mediante il contemporaneo innalzamento delle coste, ed abbassamento del diaframma. La tosse era scarsa e secca, il petto era sonoro in ogni sua parte; la respirazione, esplorata col mezzo dell' ascoltazione, era chiara, ma fortissima; il polso assai frequente e pieno; la pelle urente ed arida. Le funzioni degli organi digerenti non presentavano verun' alterazione.

La nostra attenzione era qui specialmente rivolta a due fenomeni principali, cioè all'improvvisa scomparsa del dolore reumatico, ed alla considerevole difficoltà di respiro accompagnata da febbre intensa, che subito dopo vi sopraggiunse. Riguardo alla causa della dispnea risiedeva essa forse in una peripneumonia centrale? dipendeva forse da una pericarditide incipiente, ovvero non era che puramente un'affezione nervosa? Su questo argomento non eravamo in grado che di emettere congetture più o meno probabili. Qualunque poi fosse questa causa, le indicazioni terapeutiche non erano equivoche. Si applicarono i senapismi ai contorni delle ginocchia, e si istituì un salasso di dodici once.

All'indimani, terzo giorno dall'invasione della dispnea, non si osserva alcun miglioramento, ma la tinta rossiccia, e la viscosità degli sputi svelarono l'esistenza di una peripneumonia. Nondimeno i fenomeni riconoscibili per mezzo dell' ascoltazione e della percussione erano quelli stessi del giorno antecedente. L'infiammazione era quindi limitata ad una porzione della radice, o del centro dei polmoni. Ma se la picciola estensione di questa peripneumonia sembrava essere una circostanza favorevole, pure l' estremo affanno di respiro ne rendeva il pronostico infausto (*Salasso di dodici once, due vescicanti alle gambe, sedici grani di polvere del*

Dower da prendersi in due dosi, *bevande e cristeri ammollienti*).

Nel quarto giorno udivasi un rantolo crepitante nella fossa sotto spinosa destra, ed al disotto dell' angolo inferiore della scapola sinistra. Gli altri sintomi sussistono ancora nel medesimo grado. La peripneumonia erasi adunque estesa a maggior spazio (*Salasso di otto once*).

Quinto e sesto giorno, niun cangiamento sotto il rapporto del rantolo, degli sputi, e della difficoltà di respiro. Nel corso della notte il malato andò in delirio (*Si applicarono i senapismi alle gambe*, *e ventiquattro mignatte al petto*).

Alla mattina del settimo giorno aveva le facoltà intellettuali ancora ottuse, stupida era la fisonomia; la lingua era secca e rossa, sussistevano i medesimi sintomi nel petto (*Si applicarono ventiquattro mignatte lungo il decorso delle iugulari*, *e due vescicanti alle cosce*). — Durante la giornata ricuperò l'uso delle facoltà intellettuali, la lingua si inumidì. Verso sera, la cute, secca sino allora, si copre di abbondante sudore che durò per tutta la notte. — Nella mattina dell' ottavo giorno l' infermo trovavasi in miglior essere, la funzione del respiro specialmente era assai più libera, gli sputi non erano più sì vischiosi, nè tinti in rosso. Il polso conservava ancora una gran frequenza. Non si credette conveniente di passare all' esame del petto sul timore di arrestare il sudore, che era ancora abbondantissimo (*Bevande ammollienti*). Il sudore cessò verso sera.

Nel nono giorno la respirazione era più in calma, l'espettorazione di semplice catarro, il polso meno frequente, più moderato il calore della cute; udivasi un lievissimo rantolo frammisto al mormorio d' espansione

polmonare nella fossa sotto-spinosa destra, il quale non cessò intieramente che dopo tre o quattro giorni; nè il polso ritornò al suo ritmo naturale se non quando non esisteva più veruna specie di rantolo. L' ammalato trovandosi ben rimesso in salute, non tardò ad abbandonare l' ospedale senza che si fossero riprodotti i dolori reumatici.

L' invasione della peripneumonia si combinò precisamente colla subitanea scomparsa del reuma. È questo il fenomeno, che altre volte chiamavasi metastasi, e che credevasi dipendere da trasporto dell' umore reumatico al petto. Ai giorni nostri lo si ripete dall' aver l' irritazione cangiato di sede, comunque la cosa sia; nel primo giorno oltremodo oscura era la causa della somma difficoltà di respiro, che sopraggiunse subito dopo la scomparsa del reuma; e soltanto successivamente la natura degli sputi ed il rantolo crepitante indicarono un' infiammazione del parenchima polmonare. Nel decorso di quest' opera avremo occasione di vedere svilupparsi la flogosi delle pleure e del pericardio dietro una rapida scomparsa di un' affezione reumatica.

Verso l' ottavo giorno si stabilì un sudore critico per cui passò l' infiammazione alla risoluzione senza che si rinovassero i dolori articolari.

LXII. OSSERVAZIONE.

Congestione sanguigna polmonare,
che aveva l'apparenza di una peripneumonia, in un soggetto scorbutico.

Un pubblico scrivano, dell' età di cinquantacinque anni, entrò nello spedale della Carità il giorno 19 novembre 1822. In preda alla miseria ed ai dispiaceri quest' uomo abitualmente si nutriva assai male; abitava

una camera umida e bassa in una piccola strada del sobborgo di S. Marcello. Quando per la prima volta l' abbiamo veduto, ne restammo sorpresi dal pallore quasi cadaverico che presentava in tutta la superficie cutanea, e specialmente alla faccia. Dalle sue gingive, molli e gonfie, ne colava per la più lieve pressione un sangue chiaro e sieroso; l' alito era fetente, larghe macchie scorbutiche esistevano agli arti inferiori, i quali, in vicinanza ai malleoli, erano leggermente edematosi. Se l' ammalato andava a passi veloci, si sentiva a soffocare: i polmoni, ed il cuore erano immuni da ogni lesione, come pure i visceri addominali. Si prescrisse il vino di china, il decotto di coclearia, e frizioni con sostanze aromatiche da farsi alle membra. Nei dodici, o quindici giorni successivi parve che l' infermo andasse migliorando in salute, per cui abbandonò lo spedale; ma vi rientrò tre giorni dopo per essergli sopraggiunta una profusa diarrea accompagnata da febbre. Le evacuazioni alvine erano per la maggior parte composte da sangue liquido, ma però non soffriva nè dolori colici nè tenesmo. Dopo quarant' otto ore di dieta si arrestò questo flusso di ventre, e cessò ogni movimento febbrile. Da questo momento le macchie scorbutiche aumentarono in numero ed in estensione, e cessò ogni appetenza di cibo; insopportabile era il fetore dell' alito; finalmente la respirazione, che fino allora si conservò in calma, si accelerò e contemporaneamente il polso divenne frequente, senza che aumentasse la temperatura ordinaria della cute. L'infermo, mediante la tosse, espettorava varj sputi acquosi, rossicci, simili al sugo delle prugne, come osservasi nel terzo grado della peripneumonia. Esplorando il petto collo stetoscopio, sentivasi posteriormente in ambedue i lati un rantolo

crepitante frammisto al mormorio naturale d'espansione polmonare, il quale anteriormente era chiaro, ma debole. Lerminier opinando che le emissioni di sangue non fossero in questo caso convenienti, curò l'affezione polmonare coll' applicazione di due vescicanti alle cosce, e prescrisse internamente il decotto di poligala. Nel quinto, e nel sesto giorno sussistevano i medesimi sintomi (*Vescicante da applicarsi al petto, decotto di poligala, looch con aggiunta di tre grani di kermes*). Malgrado questi presidii aumentò l' affanno di respiro, ricomparvero le evacuazioni alvine sanguinolenti, e l'ammalato dovette soccombere. Negli ultimi momenti di sua vita il ginocchio sinistro erasi gonfiato, e fatto dolente.

Sezione del cadavere.

Il tessuto polmonare in genere crepitava ben poco, specialmente nel lato posteriore era esso di un color bruno, e molto pesante; incidendolo in varii punti ne scorreva da tutte le parti un'enorme quantità di sangue. Le cavità del cuore non contenevano che poco sangue liquido; l' aorta era vuota. La superficie interna dello stomaco e dell' intestino tenue presentava molte macchie rosse, prodotte dall' infiltramento sanguigno del tessuto sotto-mucoso; la superficie interna dell'intestino crasso era tinta in rosso dal sangue che riempiva questa cavità; mediante la macerazione questo rossore scompariva, ed invece vedevasi un' iniezione assai viva che esisteva contemporaneamente e nel tessuto cellulare sotto-mucoso, e nella membrana mucosa stessa. La milza era voluminosissima, ed estremamente molle.

Fummo spinti dalla curiosità di esaminare l' articolazione del ginocchio sinistro, e la ritrovammo riem-

pita da un sangue nerastro o liquido. La sede delle macchie scorbutiche era nello spessore stesso del derma.

A Parigi vedonsi di rado esempi di un'affezione scorbutica portata a sì alto grado. Volendo noi soltanto considerare questo caso nel rapporto dell' argomento che trattiamo, faremo osservare lo stato particolare in cui si trovarono i polmoni: non erano questi organi certamente affetti da flogosi, ma da una semplice congestione sanguigna passiva, analoga a quella che esisteva nel derma, nel tessuto delle gingive, sotto la membrana mucosa gastro-enterica, nel tessuto della milza, nella membrana sinoviale del ginocchio. Questa congestione polmonare cagionò durante la vita la maggior parte dei sintomi, che caratterizzano una peripneumonia, ed il suo progressivo incremento costituì la causa principale della morte. Qual effetto avrebbero in simil caso prodotto le sottrazioni sanguigne? Probabilmente ne avrebbero sollecitato l'esito totale. A qual metodo di cura era dunque d'uopo appigliarsi? Forse nell' epoca, in cui l' ammalato entrò nello spedale, sarebbe stato possibile di guarirlo mediante l' uso di diversi tonici più particolarmente conosciuti sotto la denominazione di rimedii anti-scorbutici, se si fosse potuto assecondare la loro efficacia mediante un regime conveniente, ed il complesso di quelle cure igieniche che non si possono prestare in uno spedale. Ma, tosto che si formò la congestione polmonare, la malattia divenne, a mio credere, superiore a tutte le risorse dell' arte.

Del resto, tutti i medici, che ebbero occasione di vedere varie epidemie di scorbuto, osservarono quella specie di congestione fatale, che trovasi nei polmoni in un grado avanzato della malattia:

I visceri del torace, disse Lind, sono sempre più, o meno affetti nell'ultimo periodo dello scorbuto. Huxham insistette particolarmente sul pericolo dei generosi salassi nei casi di questa natura (37).

CAPITOLO QUARTO

ESITO DELLA PLEURO-PERIPNEUMONIA IN GANGRENA.

LXIII. OSSERVAZIONE.

Un organista, dell'età di vent'otto anni, bevette, il giorno 15 agosto 1822, una gran quantità di acqua freddissima, mentre che in tutta la persona grondava di sudore, il quale in conseguenza si soppresse; poche ore dopo fu preso da brividi di freddo, e nella stessa sera gli si sviluppò al disotto della mammella destra un vivo dolore che nel corso della notte aumentò al segno da essere insoffribile. Contemporaneamente aveva un'oppressione di respiro, ed una tosse secca; nei giorni 26 e 27 continuarono i medesimi sintomi. Nel 28, quarto giorno di malattia, gli fu fatto un salasso, dopo il quale diminuì il dolore, ma comparvero gli sputi sanguigni. Nel quinto giorno si rinnovò il salasso.

Nei giorni sesto, settimo, ed ottavo aumentò la tosse con espettorazione di sputi rossicci, soffriva grande oppressione di respiro, ed intensa fu la febbre. Nei successivi nove giorni visse nel medesimo stato. L'infermo si contenta di starsene a letto, e di astenersi dai cibi.

Questo fu il racconto che ci fece intorno al suo stato precedente, e nel giorno 9 di settembre entrò nello spedale della Carità, cioè sedici giorni dopo l'inva-

sione della peripneumonia. All'indimani mattina trovavasi nel seguente stato:

La faccia era pallida, quasi plumbea, la debolezza, ed il dimagramento erano giunti al più alto grado; sembrava un individuo sfinito da un'antica suppurazione. Non eravi più traccia del dolore laterale. L'infermo lagnavasi di una gran difficoltà di respiro; stava coricato supino sul dorso, alquanto inclinato verso il lato destro; tossiva frequentemente, ed espettorava un liquido di un color rosso bruniccio simile al *sugo delle prugne*, come osservasi nella peripneumonia al terzo grado; sotto la percussione il petto non era sonoro a destra posteriormente e lateralmente, ed in questa medesima estensione non sentivasi nè respirazione, nè rantolo. Il polso era frequente, la pelle non tanto calda; non scorgevasi alterazione alcuna nelle funzioni digerenti. Lerminier annunciò l'esistenza di una peripneumonia al terzo grado (*Largo vescicante da applicarsi al lato destro del petto*, *looch kermetizzato*, *dodici grani di polvere del Dower divisi in quattro dosi*, *decotto di borragine*).

Nei giorni decimo ottavo, e decimo nono sudò moltissimo, in conseguenza, probabilmente, della somministrazione della polvere del Dower. Nel ventesimo giorno cessò dall'uso di detta polvere; non sudò più, ed ebbe un'espettorazione catarrale.

Nella mattina del ventesimo primo giorno osservando gli sputi espettorati nel corso della notte, ci parve che esalassero un odore alquanto fetido. Durante la giornata l'espettorazione cangiò sensibilmente di carattere: era essa formata da un liquido di color bigio verdastro, sporco, di un fetore ributtante.— All'indimani mattina il lato destro era più sonoro sotto la percussione, e dove nel dì antecedente non udivasi ancora verun

mormorio di respirazione, sentimmo un gorgolio ben distinto. Questo fenomeno poteva dipendere da due cagioni, o dall' essersi fatto strada a traverso i bronchi una raccolta purulenta formatasi nella pleura, ovvero dall'essersi stabilita una comunicazione tra uno di questi condotti, ed una cavità ulcerosa, in conseguenza di una gangrena del polmone.

Nei giorni successivi l' aumento del fetore degli sputi ed il loro colore sempre più caratteristico ci indicavano in modo da non dubitare, che il polmone era passato alla gangrena (*Decotto di poligala*, *pillole di Morton*, *siroppo di balsamo del Tolu*). — Da questo momento le forze dell' ammalato si ridussero all' estremo; la faccia presentava un aspetto cadaverico; il suo corpo era circondato da un' atmosfera infetta; conservava sempre il decubito dorsale, stando però leggermente inclinato a destra.

Se si sollevava alquanto col petto, gli sputi affluivano nella trachea in tanta copia, che minacciava un' imminente soffocazione. Continui e profusi sudori cui invano si oppose l'uso delle preparazioni di china, e successivamente dell' acetato di piombo, contribuivano ad esaurire le poche forze che ancor rimanevano a questo infelice. Nel 26 settembre (trentesimo terzo giorno di malattia) sopraggiunse una sì abbondante diarrea, che nel corso di ventiquattro ore evacuava più di venti volte un liquido acquoso senza soffrirne dolori colici. Si sospese il decotto di poligala, e le pillole di Morton (*Decotto di riso con siroppo di Coing* (*)). Questa diarrea continuò sino alla morte.

(*) *Dujardin* sotto questo nome parla di un albero dell' India il di cui frutto è vantaggioso nella disenteria. (Diction. univ. de mat. med. par Merat et de Lens).

Nel 5 ottobre (quarantesimo secondo giorno di malattia) aveva la faccia cadaverica, soffriva un' estrema difficoltà di respiro, alcune strisce sanguigne erano frammiste agli sputi ordinarii. — Morì nel corso della notte.

Sezione del cadavere.

Nel lobo inferiore del polmone destro erasi formata una vasta cavità a pareti rugose e brunette, da dove esalava un odore infetto gangrenoso. Era questa riempita da una massa poltacea, semifluida, di color grigio verdastro sporco; ivi mettevano foce varii larghi rami bronchiali; non era separata dalle coste fuorchè da uno strato sottilissimo di tessuto polmonare. All' ingiro di questa cavità, che era della capacità di poter contenere un' arancio, il parenchima dei lobi inferiore e medio era affetto d'epatizzazione rossa e bigia. La parte posteriore del lobo superiore del polmone sinistro presentava un color rosso, che era in opposizione colla tinta pallida della rimanente porzione di questo polmone; ed ivi il tessuto si lacerava colla massima facilità, ed era quasi impenetrabile all' aria. (Passaggio dall'ingorgo all' epatizzazione rossa).

Lo stomaco era pallidissimo, come pure il tubo intestinale, che venne aperto ed esaminato colla massima diligenza in tutta la sua estensione.

Questa osservazione differisce dalla maggior parte delle osservazioni di gangrena del polmone, pubblicate sino ai nostri giorni, per essere qui la gangrena conseguitata ad un' infiammazione polmonare. È questo un vero caso di esito della peripneumonia in gangrena. La qualità dei sintomi, e l' alterazione di quella

parte di polmone che circondava l' ulcera ne fanno una prova. Non si può precisare l' epoca in cui cominciò a formarsi la gangrena; ma ne fummo avvertiti dalla natura dell' espettorazione, e quando si stabilì una comunicazione tra i bronchi, e la parte gangrenata. All' epoca della morte dell' infermo erasi già compiutamente separata l'escara, ed intorno di essa si era formata una cavità ulcerosa. Non consta per anco dall' osservazione se, dopo l' evacuazione completa delle parti mortificate, le pareti dell' ulcera possono avvicinarsi tra di loro, e cicatrizzarsi di modo che l' infermo abbia a rimettersi in salute.

Nel nostro ammalato contribuì verisimilmente a sollecitare la morte la flogosi del polmone sinistro, che era di data recente, e dalla quale traevano senza dubbio origine le strisce sanguigne, che presentarono gli sputi poco tempo prima di morire.

Faremo pure qui riflettere al colorito bianco della membrana mucosa intestinale, in un individuo affetto da profusa diarrea.

LXIV. OSSERVAZIONE.

Un giovine di anni vent'uno, soffrì sono già diciotto mesi un dolore sotto la mammella sinistra, e contemporaneamente aveva oppressione di respiro, e tosse accompagnata da sputi sanguigni. Gli fu fatto un salasso, e gli venne applicato un vescicante al lato sinistro del torace. Da quell' epoca in poi ebbe sempre un respiro breve, ed una tosse molesta. Ciò nondimeno l' ammalato continuò a dedicarsi a faticose occupazioni. Soltanto tre settimane prima del suo ingresso nello spedale della Carità patì un' emoftisi abbondante, ed allora cessò di

andare al lavoro. Esaminato da noi nel giorno 3 di luglio 1824 presentò i seguenti sintomi.

In tutta l'estensione del lato sinistro del torace, tanto anteriormente come posteriormente, sotto la percussione sentesi un suono molto ineguale. Poco sotto l' angolo inferiore della scapola odesi un rantolo mucoso che si avvicina al gorgoglio delle cavità esulcerate; in questo medesimo punto si sente ad intervalli la respirazione bronchiale, ed un forte rimbombo della voce. Negli altri spazii dello stesso lato altro non odesi fuorchè le diverse varietà del rantolo bronchiale, che noi già abbiamo tante volte accennate. A destra le pareti toraciche sono sonore come allo stato normale, ed il mormorio d' espansione polmonare è forte e chiaro, eccettuato in alcuni punti, ove si sente un legger rantolo bronchiale. La parola è libera, la respirazione non sembra sensibilmente affannosa; l' alito è fetente; gli sputi sono copiosissimi, formati da un liquido purulento di color bianco verdastro, che esala un odore disaggradevole. Giace nel letto ora supino, ora appoggiandosi a destra, ed ora a sinistra. — Il polso è mediocremente frequente, la pelle non tanto calda. Verso sera fu preso da un senso di malessere, e da un ardore generale senza che vi abbiano preceduti i brividi di freddo, e nella notte andò in sudore. Le funzioni digerenti non sembravano sconcertate. Le sue forze erano ancora vigorose. La faccia appariva di buon aspetto, e piuttosto pingue; ma nel resto della persona era dimagrato (*Pillole balsamiche di Morton*, *siroppo di Tolu*, *idromele composto*).

Nella mattina del cinque luglio il polso era più frequente, e maggiore la temperatura della cute (*Salasso di otto once*).

L'infermo non presentò verun sensibile cangiamento sino verso il 22 luglio, alla qual epoca gli sputi cangiarono di carattere. Nel liquido purulento precedentemente descritto trovavasi frammista un'altra materia formata da una quantità di piccioli grumi bigii che esalavano un odore fetidissimo. Nei giorni successivi gli sputi bigii, dapprima scarsi, divennero sempre più abbondanti e fetenti; avvicinandosi al letto dell'ammalato si sentiva un odore infetto gangrenoso, che derivava dagli sputi, e dal suo alito. Da che l'espettorazione presentava questi nuovi caratteri, il polso era abitualmente piccolo e frequente, la faccia pallida, e l'ammalato stava sempre coricato sul lato sinistro. Tre o quattro volte vomitò gli alimenti che aveva preso.

La respirazione però non era più affannosa, le forze si conservavano, il dimagramento non aumentava. Quantunque il pronostico fosse molto infausto, l'esito fatale sembrava ancora lontano.

Nel giorno 9 di agosto, l'infermo si alzò, come faceva d'ordinario, dal letto, discese nel giardino dello spedale, e vi restò per due ore. Nel rimanente della giornata sembrava essere nel medesimo stato in cui trovavasi nei giorni precedenti. Verso sera, mentre passeggiava per le sale, disse di sentirsi male, e ritornò a letto, sostenuto da due infermieri. A dieci ore, meno alcuni minuti, fu sentito a parlare liberamente, e ad alta voce; si osservò soltanto che la sua fisonomia era più del solito alterata. A dieci ore più non esisteva.

Sezione del cadavere.

La faccia non era ancora tanto dimagrata, ma il rimanente del corpo trovavasi in uno stato di vero marasmo. Esisteva la rigidezza cadaverica.

La pleura costale e la polmonare del lato sinistro sono tra di loro unite per intime aderenze morbose. Tutto il polmone di questo medesimo lato era duro, impenetrabile all'aria. Il suo tessuto, compresso fra le dita, resisteva, e non si schiacciava; ne colava verun liquido sotto l'incisione e la pressione.

È di un colore poco diverso da quello che presenta il polmone sano, cioè rosso bigio; tagliato in varii sensi, sembra disseminato da una infinità di granulazioni giallastre di un' estrema piccolezza. Ma queste granulazioni sono forse prodotte da pus concreto che si è raccolto nelle vescichette polmonari, e le distende? Sono forse tubercoli nascenti? Tanto alla superficie, come nel suo interno questo polmone presenta molte linee di color bianco-sporco, che si incrocicchiano in modo da circoscrivere esattamente i lobetti polmonari, i di cui limiti si trovano perfettamente disegnati. Sembra che queste linee sieno formate dal tessuto cellulare denso e quasi fibroso, che nello stato naturale separa i piccioli lobi tra di loro.

In vicinanza della parte media dell' altezza di questo polmone, non lungi dalla sua superficie esiste una cavità di tale grandezza da poter contenere una grossa noce; dalla medesima esala un odore gangrenoso: le sue pareti sono coperte da uno strato sottile di materia verdastra, al disotto della quale vedesi il tessuto del polmone rosso e duro. Molti bronchi di calibro considerevole si aprono in questa cavità che è vuota.

La superficie interna dei bronchi è rossa, le pareti di molti di essi sono affette da un'evidente ipertrofia: in alcuni punti esse si dilatano in modo da presentare varie piccole cavità; e queste dilatazioni parziali esistono specialmente verso il centro del lobo inferiore,

e contengono una materia bigia e fetente analoga agli sputi.

Il polmone destro è libero da ogni aderenza, e sano in tutta la sua estensione, fuorchè in vicinanza della sua base, ove una porzione di esso, del volume di un arancio, è affetta d'epatizzazione rossa, la quale sembra di recente formazione attesa la sua grande friabilità.

In questo ammalato, come nel soggetto dell'osservazione LXIII, la gangrena del polmone succedette manifestamente alla flogosi di quest'organo. La natura dei fenomeni morbosi, e lo stato in cui si trovò il polmone in vicinanza dell' ulcera ne fanno una prova. Nel primo infermo si formò la gangrena in conseguenza di una peripneumonia acuta, e nel secondo dietro una peripneumonia cronica. Lo stato d'indurimento in cui ritrovammo il polmone non devesi confondere coll' epatizzazione rossa o coll' infiltrazione purulenta che esiste nelle peripneumonie acute. In questi casi infatti il tessuto polmonare è ingorgato di liquido, il quale cola all' esterno, quando lo si incide, o lo si comprime; ed è fragile a segno che lo si lacera, e si schiaccia colla massima facilità. Qui al contrario il tessuto polmonare era secco, e la sua coesione minore che non nello stato sano. Faremo pure osservare, come un carattere ben distinto dell' infiammazione cronica, l'indurimento quasi scirroso del tessuto cellulare interlobulare.

Nel soggetto dell'osservazione LXIII parte dell'escara, distaccata dal tessuto polmonare, esisteva ancora nella cavità ulcerosa formatasi intorno ad essa. In questo caso invece l'escara era già stata intieramente espulsa, e la cavità vuota non ne conservava più altra traccia fuorchè

l' odore gangrenoso che esalava, e lo strato verdastro, che ingombrava le sue pareti. Nell'uno e nell'altro caso i medesimi sintomi indicarono l' esistenza della gangrena polmonare, ed il più caratteristico fra questi sintomi fu senza dubbio l' espettorazione. Sembra che gli sputi bigii e fetidi, quali noi li abbiamo descritti, indichino con sicurezza la gangrena del polmone, nella stessa guisa che gli sputi rossicci, trasparenti e vischiosi indicano una peripneumonia acuta. Le escavazioni tubercolari, e specialmente la membrana mucosa bronchiale affetta d' infiammazione cronica possono benissimo somministrare gli sputi fetidi (*); ma questo fetore è ben lungi dall' essere simile a quello che esalavano gli sputi degli individui di cui trattasi nelle due precedenti osservazioni. L' aspetto di questi sputi è d' altronde sì distinto, che basta, a mio avviso, averli veduti una volta per non confonderli cogli sputi di verun' altra malattia del polmone.

Dopo la publicazione della prima edizione di que-

(*) Ai casi di questa natura, che ho già fatto conoscere in questo volume (Osservazioni intorno alla bronchitide) aggiungerò il seguente: un tisico, che aveva già più volte espettorato sangue, viene assalito da nuova emoftisi; ma questa volta il sangue ha un aspetto singolare: al fondo del vaso esiste una massa liquida di un colore rosso bruno da cui esala un tal fetore che mi richiama sull' istante alla memoria il fetore degli sputi della gangrena del polmone. All'indimani la materia dell' espettorazione è di un colore bigio sporco simile ad una specie di sanie, e di un odore ugualmente ributtante. Io opinai che andavasi formando la gangrena in un punto dei polmoni. Nondimeno nei giorni successivi, questo odore si dissipò a poco a poco; svanì parimenti il colorito bigio sporco, che dapprima presentavano gli sputi, e questi ritornarono allo stato primiero come nella semplice tisi.

st' opera, altri medici raccolsero alcune osservazioni di gangrena del polmone formatasi come nei casi qui riferiti in conseguenza di infiammazione di questi organi. Un fatto di tal natura fu particolarmente osservato all'Hôtel-Dieu dal dottore Nicod, ed è di tale importanza, che credo prezzo dell' opera di qui riprodurre la storia.

LXV. OSSERVAZIONE.

Un fabbricatore di gesso, dell'età d' anni cinquantacinque, aveva per tutto il corso di sua vita sempre goduto ottima salute. Al principio del mese di maggio, sentì, in conseguenza di un raffreddamento sopraggiuntogli mentre tutto il corpo era in sudore, un dolore nel lato sinistro del torace. Nei giorni successivi aumentò il dolore puntorio laterale, gli si sviluppò la tosse con sputi tinti di sangue, ed ogni sera aveva brividi di freddo. Entrò nello spedale dell' Hôtel-Dieu presentando tutti i sintomi di una peripneumonia acuta; quivi gli si fecero varii salassi, da cui ne ritrasse vantaggio. In capo a quindici giorni uscì dallo spedale, e riprese le sue usate occupazioni; ma poco dopo un insolito senso di stanchezza, una forte dispnea, una tosse frequente l' avvertirono che la sua malattia, lungi dall' essere terminata, erasi fatta ancor più grave di prima. Sette giorni dopo fu ricoverato nell' Istituto clinico. Trovavasi allora in vigesima prima giornata di malattia, e presentava i seguenti sintomi: faccia pallida, plumbea e profondamente alterata ne' suoi lineamenti; tosse frequente con espettorazione abbondante di sputi deliquescenti simili alla cioccolata, a cui eranvi frammisti varii piccoli punti biancastri nuotanti alla loro superficie, e che sembrano essere vero pus, ben diversi dagli

altri corpi globulosi del volume di un pisello, formati da particelle di tessuto polmonare gangrenato, che facilmente, compresso fra le dita, riducesi in una massa poltacea. Questa carne in putrescenza spande un odore gangrenoso ben caratterizzato, e l' aria espirata è di un fetore non meno ributtante, di modo che il letto dell' infermo è circondato da un atmosfera infetta. Mediante la percussione odesi un suono chiaro in tutta l' estensione del petto. A destra però, nemmeno collo stetoscopio, non si arriva a sentire il mormorio d' espansione polmonare. A sinistra sembra di udire la respirazione bronchiale, ed accompagnata da un mormorio particolare, che la rende oltre modo confusa. Il polso è debole, ma non frequente; l' ammalato trovasi in un' estrema prostrazione di forze; decombe in posizione dorsale, leggermente inclinato a sinistra (*Limonata*; *gomma*, *acido nitrico*, *fumigazioni di cloruro di calce*, *e d' aceto canforato*).

Nel 2 giugno (ventesimo terzo giorno di malattia) la faccia è veramente *ippocratica*. L' odore della respirazione e degli sputi è più forte che non nei giorni precedenti; sembra che l' infermo espettori un sangue nero, puro e scorrevole, di un odore insopportabile, che contiene un deposito di piccioli grumi di sostanza polmonare nerastra. I punti bianchi sono in minor numero. Il petto è sempre sonoro a destra, ove la respirazione è puerile ed appena sensibile, il lato sinistro è assai più sonoro. Il mormorio respiratorio è sì confuso, che nulla si può distinguere dal tumulto che odesi; il polso è nel medesimo stato. Vi ha diarrea senza sintomi gastrici. Durante la notte dormì per qualche ora (*Si continua nelle medesime prescrizioni*).

Addì 3 giugno la fisonomia non è più sì alterata, ed

in generale sembra che l' ammalato si trovi in miglior stato; ma il polso si fa più frequente, abbiamo enumerate cento venti pulsazioni in un minuto primo; è piccolo, appena sensibile, e cede sotto la minima pressione. L' odore gangrenoso pare meno pronunciato. La diarrea continua.

Ai 4 giugno (ventesimo quinto giorno di malattia). Il miglioramento di ieri fu di poca durata. Le forze vanno sempre più declinando; l'infermo giace in posizione orizzontale appoggiandosi sul dorso; la fisonomia è più profondamente alterata; una patina vischiosa copre la cute della faccia; i lineamenti sono profilati; gli occhi foschi e melanconici; la cute è rugosa, l'ansietà è maggiore. L'infermo risponde ancora alle dimande, che gli vengono fatte, ma con indifferenza. Si mantiene il colore alla pelle; il polso è frequente, l' alito e gli sputi sono fetidi, meno però che nel ventesimo primo giorno di malattia. La materia espettorata è di un colore bruno verdastro, scorrevole, e non assomiglia più tanto al sangue nero; in essa vedonsi moltissimi punti bianchi formati da pus; sono questi di forme variatissime, e sparsi in un liquido, che ha la consistenza ed il colore della cioccolata; a sinistra il petto è più sonoro, che non a destra. Collo stetoscopio altro non si rileva che un gorgoglio frammisto di quando in quando ad un rantolo sonoro, e un tumulto confuso.

L' infermo passò la giornata in agonia, e verso sera spirò.

Sezione del cadavere
istituita trentasei ore dopo la morte.

Pallore terreo della superficie esterna del cadavere senza pallidezza nè rigidezza delle membra.

Torace. Tra il polmone destro e la pleura costale esistono alcune antiche aderenze. In questo lato una scarsa effusione di siero sanguinolento; ma del resto il polmone è sano, crepitante, ed altro non presenta fuorchè la peripneumonia degli agonizzanti; incidendone il suo tessuto ne cola un siero rossiccio e spumeggiante.

Il polmone sinistro ha contratto varie aderenze tenacissime, soprattutto posteriormente ed in alto, e non si è potuto estrarlo dalla cavità toracica senza lacerarlo nella sua parte media e posteriore, ove le false membrane hanno maggior consistenza, e dove il suo tessuto è più fragile. Fatta questa lacerazione colò nella cavità della pleura una mezza pinta all' incirca di un umore nerastro, simile a quello che costituiva gli sputi, ed ugualmente fetentissimo.

Facendo un'incisione lungo il margine posteriore del polmone, comprendendo la lacerazione, si mise allo scoperto una vasta cavità ulcerosa, che occupava tutta l' estensione dell' organo polmonare, e conteneva una sostanza putrida perfettamente simile nell' aspetto, nell' odore e nella natura, a quella che è caduta nella pleura all' atto in cui fu lacerato il sacco. Versando dell' acqua in questa cavità la si purgò dell' umore che conteneva, e si vide la superficie interna di essa vestita da una membrana levigata e biancastra a cui in varii punti congiungonsi alcune porzioni di sostanza nerastra arborizzata in piccoli filamenti, precisamente simile nel colore alla conserva di ribes; queste arborizzazioni stanno attaccate alla superficie interna del sacco per mezzo delle ramificazioni bronchiali, e la loro estremità è libera e ondeggiante nella cavità medesima; il più leggere strofinamento basta per distaccarle, ed al-

lora vi rimangono le pareti della cavità di una bianchezza uniforme. Queste pareti sono formate da una falsa membrana, dello spessore di una linea all'incirca, la quale separa la parte mortificata da quelle che hanno conservata la loro vitalità, e che essendo state sopraffatte da processo infiammatorio, passarono allo stato di epatizzazione rossa, per cui non galleggiano nell'acqua.

La falsa membrana circoscrive una cavità, che occupa tutto l'interno del polmone, non lasciando alla sommità dell' organo che lo spessore di circa un pollice e mezzo di sostanza polmonare passata all'epatizzazione bigia, ed alla base uno strato assai più sottile di tessuto alterato dal medesimo grado di infiammazione. La superficie interna, in vicinanza dell' origine dei bronchi, presentava tuttora un pollice di spessore, mentre che tutta la superficie interna ed anteriore era ridotta soltanto ad alcune linee; il margine inferiore del polmone era ancora crepitante in un'estensione di due linee in tutta la sua circonferenza. La porzione di tessuto polmonare che conservava la forma dell' organo, e che potevasi paragonare giustamente ad una semplice corteccia, era in tutto il suo spessore affetta d'epatizzazione bigia.

Facendo un' incisione nella sommità del polmone, che era in istato d'epatizzazione bigia, si scoprì nel centro un gran numero di tubercoli migliari crudi, e posteriormente in alto si rinvenne una cavità della capacità di una noce, risultamento della suppurazione di molti tubercoli, la materia dei quali erasi riunita in un solo focolaio riempito di un pus omogeneo e biancastro.

Il cuore ed i grossi vasi non offrirono alcuna particolarità, lo stomaco era sano; nell' intestino tenue vedevansi alcune arborizzazioni rosse, ed in vicinanza della

valvola ileo-cecale si trovarono tre esulcerazioni superficiali, senza tumidezza della membrana mucosa.

Gli altri organi erano in condizione fisiologica.

CAPITOLO QUINTO

RIASSUNTO

OVVERO

STORIA GENERALE DELLA PLEURO-PERIPNEUMONIA.

LIX. I sintomi della pleuro-peripneumonia, il maggiore o minor pericolo che l'accompagna, le modificazioni cui può soggiacere, il suo metodo di cura stanno in relazione coi diversi stati, che presenta il polmone secondo i diversi gradi dell' infiammazione. Noi crediamo pertanto conveniente di cominciare la storia della pleuro-peripneumonia nel punto ove d' ordinario la si termina, cioè colla descrizione dei caratteri anatomici dell' infiammazione del polmone.

Laënnec considerò tre gradi nell' infiammazione del parenchima polmonare, e sono il semplice ingorgo, l' epatizzazione rossa e l' epatizzazione bigia. Noi adotteremo questo linguaggio perchè è semplice, e generalmente ricevuto. Crediamo però prezzo dell' opera di far qui riflettere che il tessuto polmonare affetto da flogosi troppo poco in realtà assomiglia al tessuto del fegato, perchè il vocabolo *epatizzazione* possa considerarsi esatto. Il polmone infiammato in un certo grado ed il fegato sano diversificano specialmente l' uno dall' altro per la loro consistenza. Nello stato che più comunemente viene indicato colla denominazione d'epatizzazione rossa

o bigia, il tessuto del polmone è in singolar modo ammollito e friabilissimo; soltanto in alcuni casi assai più rari è più duro che quando è sano. Questi due stati sì diversi di ammollimento e di indurimento, e che d'altronde sono cagione di differenze grandissime nei sintomi, devono forse essere confusi sotto una medesima denominazione? Se non fossimo convinti della necessità di dover usare un' estrema riserva nell' introdurre vocaboli inusitati nel linguaggio medico noi proporremmo di stabilire, pe' diversi gradi della peripneumonia, la seguente nomenclatura. Nella peripneumonia acuta ammetteremmo tre modi di essere del polmone, che indicheremmo coi nomi *di ingorgo*, *di ammollimento rosso*, *e di ammollimento bigio*, *con semplice infiltrazione purulenta o formazione di ascesso*. Nella peripneumonia cronica riconosceremmo questi medesimi stati, ed altri due, che chiameremmo *indurimento rosso*, *ed indurimento bigio*. Descriviamo questi diversi gradi.

LX. Nel suo più lieve grado di infiammazione, in quel grado che distinguesi colla denominazione di semplice ingorgo, il parenchima polmonare è ancora crepitante; può essere compresso e stirato con forza senza lacerarsi; ma questo crepito è però minore che nello stato sano. Comprimendo il tessuto dell' organo, si sente che nelle vescichette polmonari esiste maggior copia di liquido che d' aria; soventi in simili circostanze questo crepito è sì debole che si crederebbe di comprimere il polmone di un feto che non ha ancora respirato. Il colore della parte ingorgata va pure soggetto ad alterazione; presenta essa un rossore bruno o vermiglio, il quale contrasta colla tinta bigia o rosa-pallida delle porzioni del polmone rimaste sane. Incidendo queste parti ingorgate ne esce una gran quantità di siero rossiccio e

spumeggiante. Se si sottopongono le parti ingorgate ed incise in varie direzioni ad una pressione lungamente continuata ed a frequenti lavature vengono queste parti liberate dal liquido che contenevano, e si rendono ugualmente crepitanti, elastiche e scolorate a guisa delle porzioni del polmone che non furono colpite dall' infiammazione.

Questo semplice ingorgo, senza altra alterazione di tessitura, non si osserva fuorchè nei casi di infiammazione assai lieve. Ma per poco che l'infiammazione sia intensa, diminuisce la consistenza del parenchima polmonare, compresso fra le dita lo si rompe con facilità; diviene friabile. Il liquido che esce mediante la pressione è più scarso, e soprattutto meno spumeggiante; presenta allora il polmone molta analogia col tessuto di certe milze, che facilmente colle dita si rompono senza però ridurle in una sostanza polposa. Questa alterazione costituisce uno stato intermedio fra il semplice ingorgo ed il vero ammollimento rosso (epatizzazione degli autori), e forma il passaggio dal primo al secondo grado della pleuro-peripneumonia.

Finchè il polmone non è che ingorgato, senza altra alterazione di tessitura, è difficile di decidere, in tutti i casi se questo ingorgo è veramente infiammatorio, ovvero se è un risultato meccanico dell'ingorgamento sanguigno, che quasi sempre succede nei polmoni negli ultimi momenti della vita, o anche di un semplice ingorgo cadaverico. Per distinguere questi due stati bisogna far meno caso del colore del tessuto polmonare che della sua consistenza; riconosciuto che sia più friabile che nello stato sano, devesi il medesimo considerare affetto da infiammazione (*).

(*) Qualche tempo dopo che ho scritto queste cose, nuove ri-

In quasi tutti i casi pertanto in cui siavi stata una vera infiammazione, si riscontrerà questo grado maggiore di friabilità, poichè succede assai di rado, che la morte sia avvenuta in conseguenza di una peripneumonia, che non fosse giunta a tal grado di intensità da alterare più o meno la consistenza ordinaria del tessuto del polmone.

Da questo semplice ingorgo, e successivamente da questo primo grado di ammollimento, che abbiamo descritto, il polmone infiammato a poco a poco va alterandosi in un grado maggiore nel quale assume l'apparenza del fegato, il quale, essendo ingorgato di sangue, ha un colore uniformemente rosso. In questo stato il polmone, divenuto impermeabile all'aria, non è più crepitante, nè posto nell' acqua vi galleggia. Se lo si taglia in varii sensi ne cola un liquido rosso non spumeggiante, ed assai meno copioso che nel grado precedente. Esaminato colla lente, il tessuto polmonare sembra allora composto da una quantità di piccole granulazioni rosse compresse le une contro le altre, le quali, se lo si laceri, si vedono soventi eziandio ad occhio nudo. Il polmone poi affetto da questo grado di infiammazione si lacera assai più facilmente che nello stato sano. La sua friabilità è estrema; basta in molti casi di comprimerlo leggermente tra le dita per lacerarlo, e ridurlo in una pasta rossiccia: questo *ammollimento*, analogo a quello che presentano molti altri tessuti infiammati, stabilisce un' importante distinzione tra il parenchima del

cerche mi hanno persuaso, che l' aumento di friabilità del tessuto polmonare possa benissimo trarre origine eziandio da una congestione sanguigna puramente meccanica avvenuta nell'agonia, o sopraggiunta dopo la morte (*Vedi* su questo argomento, il mio *Précis d'Anatomie pathologique*).

polmone affetto da flogosi ed il parenchima del fegato, il quale non è così molle e friabile fuorchè in certi stati patologici.

L' indicare questo secondo grado d' infiammazione del polmone coll' espressione di *ammollimento rosso*, è, a mio avviso, una denominazione più esatta che non quella *d' epatizzazione*. In questo grado di flogosi, il volume del polmone ammalato sembra constantemente più considerevole di quello del polmone rimasto sano; ma questo aumento di volume non è che apparente, e dipende da ciò che il polmone privato d' aria non si restringe più come succede nell' altro polmone, il quale contiene ancora di questo fluido quando si apre la cavità del petto.

In un grado ancor più innoltrato di flogosi, il tessuto polmonare, denso, compatto, impenetrabile all' aria, come nel grado precedente, presenta un colore bigio caratteristico. Se lo si esamina colla lente, si ritrovano le medesime granulazioni superiormente descritte; ma invece di essere rosse sono bianche o bigie. Soventi pure, essendo esse più considerevoli, sono eziandio visibili ad occhio nudo, specialmente dopo che ne fu riconosciuta la loro esistenza mediante la lente. Queste granulazioni poi presentano numerose varietà rapporto alla disposizione, al numero, ed al volume loro: quindi in uno spazio determinato ora se ne trovano pochissime, separate, od agglomerate; ora sono aggruppate in una quantità innumerevole; ed ora finalmente altro non si distingue che una superficie bigia uniformemente levigata. Procureremo ora di rendere ragione di queste differenze di aspetto.

In questo come nel grado precedente il tessuto polmonare è ammollito e friabilissimo. La quantità di li-

quido che racchiude il parenchima polmonare è talvolta sì grande, che mediante un' incisione si vede scorrere un liquore bigio, un vero pus, che ci sembrò essere costantemente inodoro. In altri casi la semplice incisione non basta perchè ne coli il pus: ma fa d' uopo comprimere leggermente il tessuto; ed allora il pus si mostra alla superficie incisa sotto forma di piccole gocce, le quali a quanto pare ora escono dagli orificii dei bronchi capillari, ed ora dalle stesse granulazioni, che non sono più visibili quando un frammento di polmone sia stato varie volte compresso. In questo grado di infiammazione quanto più il tessuto polmonare è inzuppato di liquido, tanto più è molle e friabile: compresso fra le dita si riduce in una polpa bigia, che non diversifica dal liquido stesso che per un grado appena maggiore di consistenza. Da questa estrema friabilità ne risulta che una leggere pressione fatta con un dito in un punto qualunque del parenchima dà origine ad una piccola cavità riempita di pus, che potrebbe credersi un ascesso di recente formazione. In vece di indicare questo terzo grado colla denominazione d'epatizzazione bigia, siamo d' avviso che sarebbe più esatto chiamarlo ammollimento bigio.

Queste sono le alterazioni, che caratterizzano i diversi gradi dell' infiammazione acuta del polmone. Quando l' infiammazione è cronica, il polmone può ugualmente presentare queste medesime alterazioni; ma ad altri due stati morbosi può andar soggetto, che non si ritrovano nei casi di infiammazione acuta, ne' quali il parenchima polmonare, invece di essere inondato di liquido ed ammollito, è secco e duro, e conserva ora un color rosso pallido, ed ora presenta una tinta bigia. Nella stessa guisa che abbiamo ammesso un' ammolli-

mento rosso, ed un ammollimento bigio, così pure ammetteremo un *indurimento rosso*, ed un *indurimento bigio* (*).

Non facciamoci d'altronde meraviglia di vedere il tessuto polmonare passare all'indurimento dopo essere stato dapprima ammollito; poichè l'uguale fenomeno ci presentano un gran numero di tessuti e d'organi colpiti da infiammazione. Il tessuto cellulare nel principio dell'infiammazione diviene estremamente friabile, ma se l'infiammazione da cui è affetto non si risolve e passa allo stato cronico, esso perde in breve questa friabilità; invece di ulteriormente ammolirsi si fa più denso e più compatto, e sovente acquista una durezza quasi scirrosa. Questo esito per indurimento si osserva specialmente nel tessuto cellulare che circonda le antiche ulcere cutanee, nel tessuto cellulare sotto-mucoso e sotto-sieroso, e nel tessuto cellulare che riunisce i diversi lobetti polmonari. Quest'ultimo tessuto che è appena visibile nello stato fisiologico, assume in alcuni casi di peripneumonie croniche uno spessore tale, che si rende manifesto alla superficie del polmone, e nelle parti interne sotto forma di linee bianche e di consistenza semi-cartilaginea, che circondano e circoscrivono ciascun lobetto polmonare.

Frequentemente avviene di ritrovare riuniti in un medesimo polmone i tre gradi della peripneumonia acuta (ingorgo, ammollimento rosso, ed ammollimento bi-

(*) (Nota dell'Autore). A queste due specie d'indurimento del parenchima polmonare bisogna aggiungere l'indurimento nero, che, a mia opinione, falsamente si credette un tessuto particolare distinto colla denominazione di *melanosi polmonare* (Vedi su questo proposito il volume 2.º di quest'opera, ed il *Précis d'Anatomie pathologique*.

gio); e ciò perchè l'infiammazione in tutti i punti non tenne un decorso ugualmente rapido, ovvero non li invase che successivamente.

L'ammollimento bigio può formarsi in uno spazio di tempo brevissimo. Noi abbiamo ritrovato, per esempio, tutto un lobo polmonare già arrivato a questo terzo grado avanti il termine del quinto giorno di malattia.

LXI. Si dimanda ora qual sia la parte del polmone principalmente alterata nei diversi gradi della peripneumonia. È forse il tessuto cellulare intervescicolare, ovvero lo sono specialmente le vescichette medesime? Nulla di certo si può stabilire su questo proposito, nondimeno ora esporremo ciò che ci sembra più probabile.

Quando non esiste fuorchè un semplice ingorgamento, lo si riconosce durante la vita dall'esistenza del rantolo crepitante. Ma noi proveremo in appresso, che questo rantolo non è, per così dire, che un diminutivo del rantolo mucoso. Se poi è indubitabile che quest'ultimo risiede nei bronchi, non si può negare che un mescuglio d'aria e di liquido nei bronchi più esili basti a produrre il rantolo crepitante; ma le vescichette polmonari altra cosa non sembra che siano fuorchè le ultime estremità dei bronchi gonfiate a guisa di cul di sacco (*). In queste vescichette adunque sembra che abbia la sua sede il rantolo crepitante del primo grado della peripneumonia. Se questa proposizione è esatta, ne viene per conseguenza, che la peripneumonia consiste essenzialmente nell'infiammazione delle vescichette polmonari, la di cui superficie interna secerne un liquido dapprima mucoso-sanguinolento, e successivamente purulento.

(*) (Nota dell'Autore). Si consulti su questo soggetto il bel lavoro di Reisseissen intorno la struttura del polmone.

Di mano in mano che l'infiammazione fa progressi il liquido separato si fa più denso e più vischioso, non può più venire espulso dalla cavità ove si è formato; ivi si accumula, l'ostruisce, la distende e dà origine alle granulazioni numerose di cui sembra specialmente composto il tessuto polmonare affetto d'epatizzazione rossa.

Successivamente poi non è più nè muco, nè sangue, ma nero pus che secerne la superficie interna delle vescichette, le quali vengono dal medesimo riempite, e quindi si formano le granulazioni bigie, che in questo grado di infiammazione presenta il tessuto polmonare, e che altro non sembrano essere che vescichette riempite di pus. Molte fra queste granulazioni conservano non di rado una tinta rosso-pallida, una specie di miscuglio di color bigio e rosso che sembra risultare dall'unione del pus e del sangue, che succede nella vescichetta. Se si comprime una porzione di polmone affetta d'epatizzazione bigia, si vede uscire il pus sotto forma di piccole gocce, e sembra che ciascuna di queste sfugga da una vescichetta le di cui pareti furono rotte. Se la distensione delle vescichette è generale, e portata ad un alto grado, alla fine si confondono tra di loro, e scompare l'apparenza granulare.

Le pareti delle vescichette infiammate devono farsi molli e friabili a guisa di tutti i tessuti affetti da flogosi. Da ciò deriva l'ammollimento considerevole e l'estrema friabilità, che presenta in questo caso il parenchima polmonare. In quanto all'ultimo grado, nel quale il tessuto del polmone è secco e duro (indurimento bigio), si può spiegare questa varietà dalla consistenza del liquido che riempie le vescichette, ma specialmente dall'ingrossamento ed indurimento delle pareti delle vescichette cronicamente infiammate: non è forse que-

sto il caso, come già dicemmo di un gran numero di flemmassie croniche?

Le idee da noi ora esposte intorno alla sede della peripneumonia non sono fondate, lo ripetiamo, che sopra semplici probabilità. A comprovarne l'esattezza farebbe d'uopo potere, collo scalpello alla mano, mostrare l'infiammazione delle vescichette; il che non fu fatto ancora, nè forse sarà mai possibile di eseguire (*). Nondimeno parmi, che queste idee possano meritare qualche attenzione, poichè considerando sotto questo punto di vista la peripneumonia si arriva a rendere ragione di un gran numero di fenomeni, e si spiegano meglio i diversi segni somministrati dall'ascoltazione.

LXII. Abbiamo ora riconosciuto, che esiste un grado della peripneumonia nel quale un vero pus trovasi disseminato nel parenchima polmonare, qualunque sia d'altronde la parte che esso occupa. Ma questo pùs si riunisce forse in uno spazio circoscritto in modo da formare un ascesso? Nell'età dell'infanzia dell'anatomia patologica, cioè prima dei lavori della scuola francese del decimonono secolo, i medici consideravano come un fatto comunissimo la formazione di un ascesso nel polmone in conseguenza dell'infiammazione acuta o cronica di questo viscere; ma al presente è ben dimostrato, che nelle loro osservazioni non si tratta che di effusioni pleuritiche inter-lobari, o di masse tubercolari ammollite. Gli antichi credevano pure che la peripneumonia si guarisse soventi mediante l'evacuazione spon-

(*) (Nota dell'Autore). Nel mio *Précis d'anatomie pathologique* ho esposto alcune ricerche per le quali risultano visibili le modificazioni cui vanno soggette nella peripneumonia le pareti delle vescichette polmonari.

tanea di uno di questi pretesi ascessi che indicavano colla denominazione di *vomiche*. Ora però si sa che queste vomiche sono il risultato di alterazioni essenzialmente diverse da un ascesso del polmone: talvolta consistono in un grosso tubercolo che si è ammollito, e fu improvvisamente evacuato per la via dei bronchi: talvolta è vero pus formatosi nelle cavità di una pleura, il quale perforò il polmone, e fu subitamente espettorato. In altri casi finalmente è semplicemente una secrezione puriforme abbondante, che in un breve intervallo di tempo raccogliesi nella membrana mucosa bronchiale.

Dopo che l'anatomia patologica fu coltivata con maggiore severità ed esattezza, si riconobbe essere rarissimi i casi di peripneumonia che abbiano per esito la formazione di un ascesso. All'epoca in cui Laënnec pubblicò la sua opera intorno all'ascoltazione non ritrovò che cinque o sei casi di raccolte purulenti nel polmone infiammato, e queste pure assai piccole. Il più vasto focolaio marcioso da lui ritrovato poteva appena contenere l'estremità di tre dita riunite. Noi pure una sola volta soltanto avemmo occasione di osservare allo spedale della Carità un vero ascesso in conseguenza di una peripneumonia: e fu in un infermo, che morì nel decimonono giorno di un' infiammazione polmonare; i lobi medio ed inferiore del polmone destro erano affetti d'epatizzazione bigia. Verso la parte media del lobo inferiore altro non si osservava che una specie di pasta molle, di un colore bigio sporco, nel centro della quale esisteva un vero pus, il quale però non esalava alcun odore; il tessuto polmonare in vicinanza dell'ascesso era mollissimo, e maggiormente consistente nelle parti più lontane: niun segno particolare ci fece riconoscere

durante la vita l' esistenza di questo ascesso. A quell' epoca l' ascoltazione era appena conosciuta (anno 1819). Abbiamo veduto un altro esempio di ascesso ben distinto, sopraggiunto in conseguenza di una peripneumonia, in un individuo il di cui polmone venne presentato all'Accademia reale di medicina dal dottore *Honorè* nell' anno 1823. L' infermo era morto di una peripneumonia acuta nelle sale dell'infermeria di Bicêtre: nel centro del lobo polmonare epatizzato esisteva una cavità a pareti levigate, rotondate, ed era della capacità da poter contenere una grossa albicocca; essa fu ritrovata piena di pus.

Abbiamo già fatto riflettere ad una circostanza, che più volte indusse a credere l' esistenza di un ascesso del polmone. Consiste essa nell'estrema facilità con cui, mediante una lieve compressione, si può formare una cavità nel tessuto polmonare molle e friabile come lo è al terzo grado della peripneumonia (*).

LXIII. La peripneumonia può eziandio passare alla gangrena, e ne abbiamo addotti tre esempii (Osserv. 63, 64, 65). Ma è questo un esito ben poco frequente al pari di quello della formazione di un ascesso. Gli antichi hanno descritto, sotto la denominazione di gangrena, varie alterazioni del polmone ben diverse da questo stato. In generale essi erano facili a credere che esistesse la gangrena ogni volta che un organo presentava un colore bruno o nero. Le loro opere ridondano di storie di gangrene del cervello, dei polmoni, del fegato, delle intestina ecc; eppure rarissimi sono i casi di vera

(*) Dopo la pubblicazione della prima edizione di quest' opera due volte ho ritrovato nei polmoni di neonati varii ascessi, che non avevano somiglianza veruna ai tubercoli ammolliti, e fusi.

gangrena di questi differenti organi. È poi d' altronde ben dimostrato che il polmone può essere colpito da gangrena primitiva essenziale, non preceduta da verun sintomo infiammatorio. Ma non è qui il luogo opportuno di trattare di questo argomento.

LXIV. La peripneumonia può essere semplice, o doppia, cioè può interessare un solo polmone, od ambedue contemporaneamente. In un medesimo polmone può l' infiammazione essere generale, o parziale, interessare soltanto il lobo superiore, o l' inferiore, essere limitata alla base, alla radice o al centro. Fu detto pure che queste diverse sedi della peripneumonia non erano tutte ugualmente frequenti. Esponiamo su questo proposito alcuni risultati numerici.

Sopra cento cinquant'una peripneumonie osservate nello spedale della Carità, novanta interessavano il polmone destro, trent' otto avevano invaso il polmone sinistro, diciassette esistevano contemporaneamente in ambedue i lati; e la sede delle altre sei non fu punto conosciuta.

Sopra cinquantanove peripneumonie, le di cui osservazioni ben circostanziate in modo da non lasciare alcun dubbio intorno alla natura, ed alla sede della malattia, sono registrate nelle opere di Morgagni, di Stoll, di Dehaen, di Pinel (*Medicina clinica*) e di Broussais (*Trattato delle flemmassie croniche*) trent' una si sono sviluppate a destra, venti a sinistra, ed otto ad ambedue i lati contemporaneamente.

Quindi per ultimo risultato sopra duecento dieci peripneumonie ne troviamo cento vent' una destre, cinquantotto sinistre, venticinque doppie, e sei di sede indeterminata.

LXV. Si asserì che i lobi polmonari superiori non

erano quasi mai affetti da flogosi; ma noi possiamo assicurare che essi pure s' infiammano assai frequentemente, sebbene meno soventi dei lobi inferiori. In fatti sopra ottantotto casi di peripneumonie, ritrovammo quarantasette volte l' infiammazione del lobo inferiore, trenta volte quella del lobo superiore, ed undici volte il polmone infiammato in tutta la sua estensione.

LXVI. Considerata sempre nel rapporto della sua sede, la peripneumonia presenta una varietà, che importa assaissimo di qui indicare a motivo dell' oscurità che offre talvolta la diagnosi di essa. In questa varietà l' infiammazione non si estende in continuità ad una porzione maggiore o minore di polmone; ma essa è disseminata sopra una quantità di punti isolati e separati da un tessuto perfettamente sano. Queste peripneumonie parziali occupano uno spazio più o meno esteso, sicchè riunite insieme le parti infiammate uguagliano talvolta il volume di un grosso arancio, ed ora quello di un'avellana, o di un pisello. Se si taglia a strati un polmone in tal guisa parzialmente infiammato, si osserva alla superficie della porzione tagliata un numero più o meno considerevole di macchie rosse, o bigie, secondo il grado della flogosi, le quali per il loro colore si distinguono benissimo dal tessuto sano che le separa. Negli spazii ove queste esistono si osservano diversi gradi di durezza, di ammollimento, o di consistenza, in ragione dell' intensità e del grado dell' infiammazione: in alcuni casi non se ne vedono che pochissime, mentre in altri sono assai numerose; e se allora col pensiero si riuniscono, si rileva che esse occupano una gran parte del parenchima polmonare, che equivalgono, per esempio, alla flogosi di un lobo intiero. Queste peripneumonie parziali si ritrovano indistintamente in tutte le parti del

polmone. Nondimeno giova per il diagnostico distinguere specialmente le infiammazioni limitate allo strato superficiale del tessuto polmonare che sta in contatto colle coste, al margine anteriore del polmone, alla sua superficie diaframmatica, alla radice di esso, e finalmente al suo centro. Le nostre osservazioni ci offrirono esempi di questi diversi casi. Non è infrequente di trovare tra queste infiammazioni parziali il tessuto polmonare infiltrato da una gran quantità di siero; questo infiltramento distinguesi facilmente da una flemmassia, e per la natura del liquido che è scolorato, e specialmente perchè il tessuto polmonare conserva la sua elasticità e consistenza.

LXVII. L'infiammazione dei bronchi accompagna costantemente quella del parenchima polmonare. La loro membrana mucosa presenta un rossore intenso, che è quasi eguale nelle grandi e nelle piccole diramazioni; quando un sol lobo è infiammato, il rossore non esiste d'ordinario che nei bronchi che si distribuiscono a questo lobo.

LXVIII. Nel maggior numero dei casi si ritrovano tracce di flogosi, cioè iniezione più o meno viva, concrezioni albuminose, lieve effusione sierosa, purulenta, o sanguigna nella pleura che corrisponde al polmone infiammato; per questa ragione abbiamo noi in generale chiamata l'infiammazione del parenchima polmonare colla denominazione di pleuro-peripneumonia. Non devesi però credere, che ad ogni peripneumonia vi si associi costantemente la pleuritide; poichè più volte, dietro il più scrupoloso esame anatomico, la pleura ci parve perfettamente sana. In qualche caso pure di peripneumonia doppia ritrovammo tracce di pleuritide in un lato solo. È verissimo poi il caso di rinvenire con-

siderevoli effusioni nella pleura del lato a cui corrisponde la peripneumonia; nè la cosa può essere altrimenti poichè sarebbe impossibile che si formasse una simile effusione quando tutto un polmone sia epatizzato. Avemmo una volta occasione di vedere la parte inferiore di uno dei lati del torace occupata da una vasta effusione; aveva essa spinto verso la colonna vertebrale il solo lobo inferiore del polmone; ed in alto era limitata dal lobo superiore epatizzato, aderente alle coste e che formava una specie di volta alla cavità riempita dallo stravaso.

LXIX. Le cavità destre del cuore sono d'ordinario distese da un sangue nero coagulato. — Escluso il caso di complicazioni, gli altri organi nulla presentano di degno di osservazione fuorchè una congestione venosa che arriva ad un alto grado specialmente nel fegato, nella milza, e nelle intestina, e che d'altronde è poi variabile, secondo che l'agonia fu più o meno lunga e la respirazione più o meno affannosa.

LXX. Non diremo che poche parole intorno alle cause occasionali della pleuro-peripneumonia, essendo esse indicate da tutti gli autori. In molti casi sono queste assai oscure, e soventi se ne esagerò l'importanza. Per la genesi di questa malattia, come in tutte le altre, fa d'uopo ammettere una predisposizione, senza della quale le cause occasionali non esercitano alcuna influenza. È appunto in forza di questa predisposizione che la medesima causa produce in un individuo un'angina, in un altro una semplice bronchitide, in un terzo una pleuro-peripneumonia, in un quarto una gastritide, od una peritonitide. Fra le persone, che si sono esposte all'azione di una temperatura fredda mentre che grondavano di sudore, il più piccolo numero di esse viene colpito da infiammazione del polmone; mentre

soventi, al contrario, si manifesta una flogosi polmonare, senza che la si possa riferire a veruna causa occasionale rilevante.

Fra le cause occasionali della pleuro-peripneumonia si annoverò la soppressione di certi esantemi acuti, cioè del vaiuolo, del morbillo e della scarlattina. Io sono d' avviso, che su questo proposito si considerò l' effetto per cagione. Quando uno di questi esantemi impallidisce, o non si sviluppa sufficientemente, o scompare immaturamente, la causa più comune consiste nell' esistenza di un' infiammazione interna, e specialmente di una pleuro-peripneumonia. I sintomi di questa infiammazione intercorrente sono soventi oscurissimi, sì che di leggieri sfugge eziandio alla più attenta investigazione.

La complicazione del vaiuolo con una pleuro-peripneumonia, con una gastro-enterite, o con una meninge-cefalite, costituisce per verità un gran numero dei vaiuoli di cattivo carattere che gli antichi chiamarono *maligni*. L' apparente libertà della respirazione soventi inspirò in casi di tal fatta una funesta sicurezza. Sia adunque libera od affannosa, non devesi giammai trascurare di percuotere, e di esplorare frequentemente coll' ascoltazione il petto, sì nel principio, come nel decorso, e sul finire del vaiuolo.

Come mai, senza l' appoggio di questo doppio metodo, si potrebbe giungere a riconoscere in molti vaiolosi, nei fanciulli specialmente, una peripneumonia, che non si manifesta nè colla tosse, nè colla difficoltà di respiro, nè coll' espettorazione, e che si maschera con un complesso di sintomi dinamici, od atassici?

Una fra le nostre osservazioni (Osserv. 7) tende a provare, che la pleuro-peripneumonia può essere talvolta

prodotta da una violenza esteriore esercitata sulle pareti toraciche. Questo caso costituirebbe una pleuro-peripneumonia traumatica. Per qual ragione infatti, a guisa del cervello, o del fegato, il polmone non s'infiammerebbe per l' influenza di quest' ordine di cause?

Fra le cause predisponenti alla peripneumonia devesi annoverare l' esistenza dei tubercoli polmonari. Frequentemente infatti i tisici vanno soggetti all' infiammazione acuta del polmone durante il corso della loro lunga malattia. Sembra che essa sia prodotta dall' irritazione abituale, che la presenza dei tubercoli determina nel parenchima polmonare; ed è questa una legge generale a cui sono sottoposti tutti gli organi nei quali si formano i tessuti accidentali. Quindi la membrana mucosa intestinale s'infiamma, e si esulcera nei punti sovrapposti ai tubercoli sviluppatisi sotto di essa. Così pure il cervello si ammollisce e si disorganizza nelle parti che circondano i diversi tumori nati nel suo parenchima.

Le frequenti recidive dell'infiammazione polmonare contribuiscono allo sviluppo dei tubercoli, e costituiscono per tal maniera una fra le cause frequenti della morte immatura di molti tisici. (Osserv. 48, 49).

Le pleuro-peripneumonie non si mostrano con ugual frequenza in tutte le stagioni; alla primavera sono esse più comuni; nei mesi di marzo, d' aprile e di maggio se ne osserva allo spedale della Carità un numero maggiore che non nel resto dell' anno. A questa classe di malattia vediamo constantemente succedere, durante l' estate, un gran numero d' infiammazioni intestinali.

Risulta dalle nostre osservazioni che tutte le età sono quasi ugualmente soggette all'infiammazione polmonare.

I fanciulli in particolare ne sono frequentemente affetti. La pleuro-peripneumonia dei fanciulli costituisce pure una varietà importante di questa malattia, e di essa ne tratteremo in seguito diffusamente.

LXXI. L'invasione della peripneumonia succede in molte guise. Nel maggior numero dei casi, gli infermi vengono improvvisamente assaliti, senza che vi abbia preceduto alcuna causa conosciuta, da brividi di freddo più o meno violenti, e da un dolore puntorio ad uno dei lati del petto. I brividi precedono ordinariamente il dolore laterale; ma in alcuni casi succede il contrario. Presso molti ammalati niun dolore pleuritico indica l'invasione della peripneumonia; altri non vanno soggetti ai brividi di freddo, ed i primi sintomi sono una tosse più o meno intensa con oppressione e febbre.

Soventi la peripneumonia succede insensibilmente ad una bronchitide, ed in questo caso sembra che l'infiammazione si propaghi a poco a poco dai grossi bronchi ai piccioli, ed arrivi finalmente sino alle vescichette polmonari. In simili circostanze l'esistenza della peripneumonia si manifesta ora con un dolore laterale, e con maggiore oppressione di respiro; ed ora invece i sintomi catarrali aumentano a poco a poco di intensità; sì che si può cadere nell'errore di credere che esista una semplice bronchitide acutissima, mentre l'infiammazione ha già invaso il parenchima polmonare. Da ciò ne deriva la necessità di ricorrere all'ascoltazione (poichè in questo primo stadio la percussione è inutile, e gli sputi sono ancora composti di semplice catarro) ogni qualvolta una bronchitide è talmente acuta da essere accompagnata da oppressione di respiro e da febbre.

In alcuni casi più rari dei precedenti si osserva per

alcuni giorni quello stato generale, che costituisce la febbre infiammatoria; e ciò succede specialmente agli individui di temperamento sanguigno, e pletorici, nei quali sembra che un sangue troppo ricco di principii nutrienti o troppo abbondante stimoli fortemente gli organi, e vi determini in tutti un grado maggiore di eccitamento vicinissimo alla flogosi. Allora il vivo rossore delle membrane mucose esterne, delle congiuntive, delle labbra, della lingua, non è già un indizio della flogosi delle membrane mucose interne, nella stessa guisa che il rossore della faccia, e la tinta rosea di tutto il sistema cutaneo non indicano una vera infiammazione della pelle. Niuna parte dell'organismo è ancora colpita da vero processo infiammatorio; ma in tutte vi ha tendenza alla produzione di esso, e per poco che si prolunghi questo stato, si vedrà nascere a norma delle disposizioni e della variabile suscettibilità degli organi, una gastritide in uno, un' aracnitide nell' altro, una peripneumonia in un terzo. In questo caso l'invasione della peripneumonia non si manifesta con alcun sintomo locale ben distinto; l'ammalato non va soggetto nè a brividi di freddo, nè a dolore laterale, ma invece sopraggiunge la tosse, e la respirazione diviene frequente. È appunto questo stato che gli antichi chiamavano specialmente col nome di *febbre peripneumonica*. Quando la peripneumonia si sviluppa in questa guisa, facilmente può rimanere celata all' occhio del medico sino alla comparsa degli sputi; poichè la tosse soventi è di poco momento, e simile a quella di una semplice bronchitide; e riguardo alla dispnea succede frequentemente che i malati non se ne lagnino, e che la frequenza dei movimenti inspiratorii sia o inosservata, o considerata come un semplice risultato della frequenza

della circolazione. Da tutto ciò si rileva l' importanza di uno scrupoloso esame degli organi, e la necessità dell' ascoltazione.

Tali sono le diverse maniere d'invasione della peripneumonia quando è primitiva; ma se essa insorge durante il corso di un' altra affezione, se, per esempio, forma una complicazione ad una febbre grave, o ad un' altra infiammazione; se sopraggiunge in un individuo affetto da tisi polmonare o da aneurisma del cuore, la sua invasione presenta alcune modificazioni importanti a conoscersi.

Nel corso delle febbri gravi, l' invasione della peripneumonia soventi si manifesta con grande difficoltà di respiro. Ma nulla si potrebbe conchiudere da questo segno isolato, poichè in queste malattie la respirazione può farsi assai frequente, ed in singolare modo affannosa, senza che vi esista la peripneumonia. La comparsa della dispnea deve adunque soltanto risvegliare la nostra attenzione, e determinarci a verificare lo stato dei polmoni mediante l' ascoltazione e la percussione. Altre volte, in queste medesime febbri l' invasione della peripneumonia non è accompagnata da veruna notabile modificazione dei fenomeni respiratorii, e dalla sezione del cadavere soltanto si rileva l' esistenza di una flemmasia polmonare.

In molte infiammazioni, le quali per la loro estrema gravezza cagionarono negli infermi uno stato di falsa adinamia, l' invasione della peripneumonia invece di manifestarsi con una reazione più o meno viva, viene all' opposto unicamente contrassegnata da una subitanea e mortale prostrazione di forze. Lo stesso fenomeno si osserva pure in molti casi di flemmasie croniche, le quali ridussero i malati all' ultimo grado

di deperimento di forze e di marasmo. Se in questo stato insorge una peripneumonia, essa d'ordinario non si manifesta nè col dolore, nè colla dispnea, nè colla tosse; ma si scorge soltanto un più rapido dimagramento, l'alterazione dei lineamenti della fisonomia, ed una subitanea ed immatura prostrazione generale delle forze (*).

Nei tisici e negli aneurismatici d'ordinario una maggiore difficoltà di respiro indica l'invasione della peripneumonia; ma questa dispnea può eziandio considerarsi qual effetto di una semplice esacerbazione dell'affezione già persistente; e siccome in questi ammalati i segni somministrati dalla percussione e dall'ascoltazione soventi non hanno alcun valore, ne viene che l'invasione della peripneumonia può rimanere facilmente celata.

Finalmente fra tutti i casi di cui abbiamo la storia non ve n'ha alcuno, in cui l'ascoltazione, che sembrerebbe essere il mezzo più sicuro per riconoscere con certezza l'epoca dell'invasione della peripneumonia, non possa divenire insufficiente; e ciò avviene quando l'infiammazione si sviluppa primieramente alla radice, od al centro del polmone.

Da questa considerazione emerge, che nulla avvi di più variabile dello stadio d'invasione della peripneumonia. Quante gradazioni, quante forme diverse nell'invasione della peripneumonia, da quella che si manifesta con brividi di freddo, col dolore pleuritico, colla difficoltà di respiro, colla modificazione del mor-

(*) Nei vecchi frequentemente avviene che le peripneumonie, con o senza sputi caratteristici, sieno accompagnate da questo complesso di sintomi, che costituiscono la febbre adinamica di Pinel senza che vi esista la gastro-enteritide.

morio respiratorio sino a quella che non si mostra con verun segno caratteristico, e che determina soltanto, a norma delle disposizioni dei varii individui, l'una o l'altra di queste forme di malattie che costituiscono le febbri dette *essenziali*! Non dimentichiamo quelli casi di peripneumonie perfettamente latenti, che sopraggiungono nel corso di queste stesse febbri, quando le medesime traggono origine da un' affezione intestinale, o di qualunque altro organo. È necessario un gran esercizio clinico per riconoscere fra tanti diversi stati l'esistenza di una medesima lesione. Questa ricognizione è certamente della massima importanza, e senza di essa quante peripneumonie divengono mortali non essendo nello stadio dell'invasione trattate coi convenienti presidii terapeutici?

LXXII. Dopo aver accennati i diversi modi d'invasione della peripneumonia, dobbiamo ora indicare i suoi sintomi.

Questa malattia presenta i seguenti sintomi caratteristici: dolore più o meno forte ad un lato del petto, dispnea, sputi vischiosi e sanguigni, suono ineguale e modificazione del mormorio respiratorio, febbre.

Descriviamo ora ciascuno di questi sintomi in particolare; in seguito mostreremo in qual modo si sviluppino, aumentino, e diminuiscano, e come si riuniscano e si associno nei diversi periodi della malattia.

LXXIII. Il dolore non esiste nella peripneumonia, se non quando vi si combina la pleuritide, e questo è il caso più comune. Questo dolore comunemente si fa sentire in corrispondenza di una o dell'altra mammella, o appena al disotto; più di rado risiede ora al disotto delle clavicole, ora alle coste più inferiori ed eziandio negli

ipocondrii, ed ora finalmente in tutta l' estensione delle pareti toraciche di un lato. Varia esso di intensità, ma al principio della malattia è d' ordinario più forte; successivamente a poco a poco diminuisce, e comunemente cessa lungo tempo prima della risoluzione della peripneumonia; talvolta però sussiste tuttora quantunque già risanata sia la flogosi polmonare: così pure in alcuni casi scompare, e si rinnova a varie riprese. In certi infermi precede di molti giorni l' apparizione degli altri sintomi, e non essendo allora accompagnato nè da febbre, nè da tosse, nè da difficoltà di respiro, simula una pleurodinia, od un semplice dolore reumatico. Aumenta esso sotto la tosse nei movimenti inspiratorii, nei cangiamenti di posizione, per la compressione intercostale e la percussione, maggiormente poi si esacerba quando l'infermo decumba sul lato ove esso esiste.

In tutti gli individui che ebbero a soffrire questo dolore, ritrovammo costantemente la pleura infiammata, e coperta di trasudamenti albuminosi membraniformi; mentre al contrario non abbiamo sempre veduto combinarsi la mancanza del dolore collo stato sano della pleura; e non infrequenti sono i casi di individui in cui si riscontrarono non dubbie tracce d'infiammazione nella pleura, sebbene questa non sia mai stata la sede di verun dolore. Quando questa membrana non è infiammata gli infermi altro non provano nel lato affetto che una sensazione di oppressione e di mal essere, una specie di peso più o meno molesto, un calore incommodo e profondo, ma non mai un vero dolore. Gli antichi quindi con molto giudizio avevano detto, parlando della peripneumonia: *affert plus periculi quam doloris!* Avremo in seguito occasione di ritornare an-

cora sull' argomento del dolore pleuritico quando tratteremo dell' infiammazione della pleura.

LXXIV. La difficoltà di respiro nella peripneumonia sta generalmente in ragione diretta coll' estensione dell'infiammazione, colla sua sede, e colla sua intensità in ciascuno dei punti dove risiede. Nondimeno questa regola va soggetta a numerose eccezioni. Vi sono individui nei quali una picciolissima parte di tessuto polmonare è infiammata al primo grado, eppure, in forza di una inesplicabile idiosincrasia, presentano una respirazione oltremodo affannosa. In altre persone al contrario in cui una porzione di gran lunga maggiore di tessuto polmonare è presa da infiammazione al secondo o al terzo grado, assai minore è la dispnea. La maggiore o minore difficoltà della respirazione non è dunque un indizio sempre fedele dell' estensione della peripneumonia e del suo grado. Sembra d' altronde che, a cose pari, la flogosi dei lobi superiori cagioni una dispnea più considerevole che una flogosi della medesima estensione, ed ugualmente inoltrata dei lobi inferiori (*).

Del resto bisogna guardarsi bene dal riferirsi a quanto dicono gli ammalati intorno alla difficoltà più o meno grande della loro respirazione. È cosa comune in pratica il sentire da molti ammalati di peripneumonia che essi non soffrono alcun senso di oppressione, sebbene la loro respirazione sia evidentemente breve ed accelerata.

La difficoltà di respiro nella peripneumonia presenta molte gradazioni. Quando essa è poco considerevole

(*) Nondimeno ho visto più volte questa infiammazione dei lobi superiori esistere senza dispnea.

gli ammalati non se ne accorgono; parlano francamente e senza difficoltà; e bisogna osservare con attenzione per avvedersi che i movimenti inspiratorii sono più brevi e più frequenti che nello stato fisiologico; e questo piccolo grado di dispnea si rileva specialmente dalla maggiore elevazione delle coste. In tale stato gli ammalati possono cangiare di posizione, coricarsi sul dorso o sul lato, sedere sul loro letto senza risentirne mal essere, e senza aumento sensibile della difficoltà della respirazione. In un grado maggiore l'infermo può ancora non provare verun senso di oppressione; ma i movimenti inspiratorii sono brevi e frequenti; la respirazione si eseguisce mediante una grande elevazione delle coste ed un contemporaneo abbassamento manifestissimo del diaframma; non può eseguire una profonda inspirazione; parla con voce interrotta ed anelante; i movimenti della persona nel letto e specialmente l'azione di collocarsi seduto aumentano in modo singolare la difficoltà del respiro; il malato prova allora un senso di oppressione al petto. In un grado maggiore di dispnea sente l'oppressione tanto nello stato di riposo, come nei movimenti. Gli infermi soventi si lagnano di avere sul petto come un peso, che li soffoca; quando si osservano, sembra che, estranei a tutto ciò che li circonda, siano intieramente occupati a respirare; la faccia di un rossore violaceo, o di un pallore livido, esprime una viva ansietà; le narici si dilatano con forza; i movimenti inspiratorii sono frequentissimi e brevissimi, come se l'aria non potesse penetrare al di là delle prime divisioni dei bronchi. Simili infermi possono a stento parlare; tanto sono anelanti e quasi soffocati. Quando la difficoltà di respiro è giunta a questo apice

è raro il caso che l'esito sia prospero; tuttavia noi abbiamo veduti alcuni esempi di guarigione.

Succede talvolta che il lato del petto ove esiste la peripneumonia rimanga intieramente immobile in mezzo ai violenti sforzi, che fa l'ammalato per respirare. Ma questo fenomeno, raro nella peripneumonia, si osserva più frequentemente nei casi d'effusioni pleuritiche.

Dopo che cessarono la maggior parte dei sintòmi della peripneumonia, soventi la respirazione rimane ancora alquanto affannosa per qualche tempo, e questa dispnea non è sensibile finchè il malato sta in riposo, ma ricompare se tenta di alzarsi, o di passeggiare. Finchè dura questo residuo di dispnea devesi credere che la risoluzione della peripneumonia non è ancora completa.

LXXV. All'epoca in cui insorge il dolore e si manifesta la dispnea, applicando l'orecchio alle pareti toraciche si riconosce una notabile modificazione nel mormorio naturale che sentesi durante i movimenti di inspirazione, ed a misura che la peripneumonia fa progressi questo mormorio va soggetto a nuove modificazioni, che indicano in un modo più o meno preciso la sede ed il grado dell'infiammazione polmonare. La voce è pure ugualmente modificata.

Se si esplora il petto mediante l'ascoltazione nello stadio d'invasione della peripneumonia, ecco quanto si osserva nel maggior numero dei casi. Nel lato ove si manifestò il dolore il mormorio naturale della respirazione ha perduto la sua chiarezza; esso è frammisto in un'estensione più o meno grande ad un rantolo secco, che Laennec indicò colla denominazione di rantolo crepitante, attesa la somiglianza che esiste fra il mormorio che produce, e quello che si sente quando si fa de-

crepitare un sale sui carboni ardenti. Soventi pure questo rantolo ha un' analogia ancor più perfetta col mormorio particolare, che produce la confricazione di un pezzo di pergamena.

Nei primi momenti dell' esistenza di questo rantolo, esso altera e rende oscuro il mormorio naturale della respirazione, ma non lo maschera intieramente; progredendo l'infiammazione si fa più distinto, ed alla fine nasconde totalmente il soffio inspiratorio.

Il rantolo crepitante indica l' ingorgamento del polmone; finchè esiste, è desso una prova che in molti punti almeno la peripneumonia non oltrepassò ancora il primo grado. Ma dalla sua maggiore o minore intensità, dall' essere più o meno frammisto al mormorio naturale della respirazione, si possono dedurre varii indizii intorno allo stato più o meno avanzato del primo grado, ed intorno all'unione di questo primo grado col secondo. Finchè il mormorio naturale della respirazione predomina sul rantolo crepitante, devesi conchiudere che l'infiammazione è lieve. Se invece predomina il rantolo crepitante, se questo alla fine va a mascherare intieramente il mormorio della respirazione, costituisce allora un indizio certo che la peripneumonia ha fatto progressi, che essa tende a passare al secondo grado. Quando gli ammalati muoiono mentre presentano il rantolo crepitante a questo grado, ordinariamente si trova il polmone semplicemente ingorgato; quantunque sia ancora permeabile all' aria, il suo tessuto è però già ammollito e friabile, e si può lacerare con qualche facilità.

Successivamente poi il rantolo crepitante a poco a poco va diminuendo finchè più non si sente; ma allora due casi possono presentarsi: o il mormorio naturale

della respirazione rendesi ancora sensibile, e ben manifesto nello stesso tempo che diminuisce il rantolo crepitante; ovvero questo medesimo mormorio più non ritorna e non si sente più alcun suono, ovvero vi si sostituisce un mormorio d'altra natura, di cui or ora tratteremo. Nel primo caso devesi ammettere che la peripneumonia s'incammina verso la risoluzione; nel secondo si ha la certezza che la malattia si fa più grave, e che il polmone va epatizzandosi.

Il rantolo crepitante secco, quale noi l'abbiamo descritto, non si presenta sempre con caratteri così ben distinti. In molti casi è desso più umido, e si avvicina per gradazioni insensibili ad un'altra specie di rantolo che risulta unicamente da un miscuglio d'aria e di liquido nei grossi bronchi (rantolo mucoso di Laënnec). D'altra parte odesi sovente un rantolo perfettamente simile al rantolo crepitante in quelli individui, che sono affetti soltanto da una bronchitide intensa, e nei quali non si rinviene dopo la morte nè peripneumonie, nè edema polmonare; che cosa è dunque questo rantolo crepitante? qual è la sua sede? come mai si produce? Egli è evidente che negli ultimi infermi di cui abbiamo riferito la storia, non può essere, a guisa del rantolo mucoso, che un effetto di una miscela d'aria e di liquidi nei bronchi. Ove poi si rifletta che questi due rantoli presentano una quantità di gradazioni, e che alla fine arrivano a confondersi, si conchiuderà che sono prodotti dalla medesima causa, cioè dal mormorio, che determina il passaggio dell'aria pe' diversi liquidi, che possono riempire i canali aerei. Ragionando sempre per analogia, e considerando che il rantolo mucoso si confonde soventi col gorgoglio delle caverne, conchiuderemo che questi diversi rumori, dipendenti da una

causa identica, variano tra di loro in ragione dell' ampiezza della cavità ove succedono. Quindi il gorgoglio si sente nelle vaste escavazioni, il rantolo mucoso nei rami più considerevoli dei bronchi, il rantolo crepitante che si avvicina al mucoso nelle piccole diramazioni bronchiali, finalmente il rantolo crepitante caratteristico della peripneumonia nei bronchi più esili, e specialmente nelle vescichette polmonari. Queste tre varietà d' un medesimo mormorio si potrebbero indicare colle denominazioni di *rantolo cavernoso*, di *rantolo bronchiale*, e di *rantolo vescicolare* (*).

Il rantolo crepitante proprio del primo grado della peripneumonia fu indicato da Laënnec, il quale pure dimostrò che quando l'epatizzazione del polmone si sostituisce all' ingorgamento, applicando l' orecchio al torace si sente ad ogni inspirazione sollevarsi le pareti toraciche, ma non si rileva mormorio nè naturale, nè patologico; e noi pure abbiamo mille volte verificato l'esattezza di queste asserzioni. Ma in quest'epoca della peripneumonia frequentemente si osserva un altro fenomeno importante, che sembra non aver fissato sufficientemente l' attenzione di Laënnec (**). In molti ammalati affetti d'epatizzazione rossa o bigia non cessa il mormorio della respirazione, ma invece viene singolarmente modificato sì, che non è più il medesimo che prima si sentiva. Si crederebbe allora che un individuo posto dietro l' orecchio di chi ascolta sof-

(*) Le qualità del liquido espettorato, e specialmente la sua maggiore o minore viscosità devono altresì modificare in modo sensibile il rantolo.

(**) Ciò fu scritto prima che Laënnec pubblicasse la seconda edizione della sua opera.

fii in un tubo. Da ciò derivò il nome di *soffio tubale* col quale fu distinta questa modificazione del mormorio respiratorio. Altre volte nel lato ove il suono è ineguale si sente, senza miscuglio di rantolo, il mormorio respiratorio normale, di una intensità però assai più grande che nel lato sano, di modo che se non si fosse avvertito della possibilità di un simile inganno, si considererebbe sano quel polmone che è ammalato, e nel quale non penetra più aria. In pari tempo il rimbombo della voce trovasi modificato, e questa modificazione non è propriamente quella dell'egofonia, nè della pettoroloquia, ma si avvicina maggiormente alla modificazione che subisce la voce nei casi di dilatazione dei bronchi (broncofonia). Ogni volta che gli individui, che ci presentarono queste modificazioni del mormorio respiratorio e della voce dovettero soccombere, vi abbiamo costantemente ritrovato o un' epatizzazione rossa o bigia del polmone, ovvero, come lo vedremo successivamente, un'effusione pleuritica. Durante la vita non lo abbiamo osservato che nei casi in cui un suono molto ineguale ed il complesso degli altri sintomi indicavano una peripneumonia al secondo o al terzo grado, o un'effusione nella pleura.

Facile ci sembra la spiegazione di simile modificazione del mormorio respiratorio. Noi siamo d' avviso che essa dipenda dal non potere l'aria penetrare al di là dei grossi rami bronchiali. Quindi essa non si manifesta soltanto nel caso d' epatizzazione polmonare, ma la si osserva ancora quando il tessuto polmonare viene compresso da un' effusione pleuritica, e per dirlo in breve, ogni volta che l'aria non può arrivare sino alle vescichette polmonari. Essendo così ben determinata la causa di questo speciale mormorio respiratorio, noi pro-

poniamo di chiamarlo *respirazione bronchiale* in opposizione al mormorio respiratorio naturale che indicheremo coi nomi di *mormorio d' espansione polmonare*, di *respirazione vescicolare*.

Quando la peripneumonia s'incammina verso la risoluzione, e comincia a retrocedere dal secondo al primo grado, sentesi di nuovo il rantolo crepitante. In pari tempo meno sensibile diviene la respirazione bronchiale, cessa pure a poco a poco il rimbombo particolare della voce; diminuisce il rantolo crepitante, ed insensibilmente vi si sostituisce il chiaro mormorio d'espansione polmonare. Soventi il rantolo crepitante persiste in alcuni punti, ed eziandio in una estesa porzione di polmone, lungo tempo dopo che cessarono tutti gli altri sintomi peripneumonici, non che ogni movimento febbrile. Senza il presidio dell'ascoltazione si crederebbe la peripneumonia intieramente risolta, la lieve tosse che ancora vi esiste non sembrerebbe meritare una seria attenzione; eppure finchè dura questo rantolo si può essere certi che la risoluzione della flogosi non è completa, e devesi temere o una ricaduta ed il ritorno della malattia allo stato acuto, ovvero la persistenza di un centro di flemmasia latente da cui potrà tosto o tardi risultare una disorganizzazione del polmone.

Nella stessa guisa che soventi dopo la morte si ritrovano i tre gradi della peripneumonia riuniti in un solo polmone, nella stessa guisa, dico, si osservano talvolta in un medesimo individuo, alla stessa epoca, i diversi segni desunti dall' ascoltazione, i quali indicano l' esistenza simultanea di questi diversi gradi. Quindi in un punto si sente il rantolo crepitante solo, o frammisto al mormorio d' espansione polmonare; in un altro punto odesi la respirazione bronchiale; e altrove

finalmente non si sente nè rantolo, nè mormorio respiratorio, nè rimbombo di voce.

Mentre che l'ascoltazione somministra nel lato affetto i diversi segni da noi esposti, nel lato sano invece il mormorio d' espansione polmonare si sente di una intensità di gran lunga superiore a quello dello stato fisiologico, come se per supplire al polmone ammalato il polmone rimasto sano dovesse ricevere in un tempo determinato una maggior quantità d' aria. Questa insolita forza del mormorio respiratorio in un sol lato deve pure bastare a far concepire il sospetto di una lesione qualunque nell' altro polmone.

Succede talvolta che la gran quantità di liquido accumulato nei bronchi determini un rantolo bronchiale talmente forte che mascheri ogni altro mormorio, per cui l'ascoltazione riesca insufficiente per riconoscere lo stato del parenchima polmonare.

Finalmente si danno in pratica dei casi, in cui quantunque vi esista la peripneumonia, non si arriva per mezzo dell' ascoltazione a riconoscerne la sede ed il grado. Applicando l' orecchio alle pareti toraciche si sente ovunque con chiarezza il mormorio d' espansione polmonare, ma assai più forte che nello stato naturale. Ciò avviene quando l' infiammazione non occupa che una porzione circoscritta del polmone, lontana dalla sua periferia, e specialmente una parte della base, del centro, o della radice di esso. Così pure facilmente si comprende il motivo per cui l' ascoltazione non possa somministrare che pochi indizii quando la flogosi esiste in alcuni lobetti isolati. (Osserv. 36).

Abbiamo parimenti visto tre casi nei quali la peripneumonia produsse un mormorio più forte dell'ordinario. Nel primo di questi casi, era nel punto stesso del

polmone ove colla percussione udivasi un suono molto ineguale, che si sentiva questa esagerazione del mormorio normale d' espansione polmonare. Nel secondo caso lo si udiva nel lato stesso del polmone ammalato, ma soltanto nelle porzioni sane del parenchima polmonare che circondavano la parte affetta. Finalmente nel terzo caso il mormorio respiratorio presentava un' insolita forza soltanto nel lato del polmone sano.

LXXVI. Crediamo inutile di qui occuparci intorno ai vantaggi generalmente conosciuti della percussione del petto per distinguere la sede e l' intensità della peripneumonia. Prima che fosse in uso l' ascoltazione, la sola percussione poteva guidarci a scoprire un gran numero di peripneumonie più o meno compiutamente latenti; in oggi lungi dall' accordare a questi due metodi una preferenza esclusiva, conviene servirsene di ambedue simultaneamente, e cercare di confermare coi risultati di uno quelli somministrati dall' altro.

Riguardo al loro grado rispettivo di utilità, egli è indubitato che l' ascoltazione va più in là della percussione. Vi sono molte peripneumonie al primo grado nel corso delle quali le pareti toraciche sono sonore come allo stato sano; ed in questo caso al contrario l' ascoltazione somministra indizii molto esatti. In tutte le peripneumonie il suono del torace si fa più oscuro soltanto verso il secondo o il terzo giorno di malattia, e talvolta eziandio più tardi; quindi sotto questo punto di vista l' ascoltazione è più vantaggiosa della percussione, poichè quella sino dal primo momento dell' invasione indica la sede della infiammazione. Finalmente verso l' epoca della risoluzione della peripneumonia, quando è cessata ogni ineguaglianza di suono, e la percussione non indica più veruno stato morboso, soventi l' ascolta-

zione ci indica che la risoluzione della flogosi non fu ancora completa.

Alcuni casi si danno in pratica nei quali, al pari dell'ascoltazione, neppure la percussione non giova a rischiarare la diagnosi a motivo della sede profonda della peripneumonia, quando cioè la flogosi esiste alla base, nel centro, o verso la radice del polmone.

La percussione, come già abbiamo fatto riflettere, non può essere messa in pratica quando le pareti toraciche sono dolenti, quando sono infiltrate di sierosità, o vi fu applicato un vescicante (*). In questi diversi casi vi supplisce benissimo l' ascoltazione. Lo stesso avviene pure in alcuni individui nei quali il torace è più o meno deforme.

In molti casi di peripneumonie doppie avvi in ambedue i lati del petto una simile ineguaglianza di suono, e se questa è poco considerevole potrebbesi risguardare come uno stato naturale. Chi non conosce infatti che il petto non è ugualmente sonoro in tutti gli individui, e che soventi in persone d' altronde sanissime, manda un suono assai oscuro? L' ascoltazione non ci espone a cadere in un simile inganno.

Ogni volta che si percuote il torace non bisogna mai perdere di vista, che il fegato a destra, e la milza a sinistra determinano un suono ineguale che è costante per il primo di questi visceri, e più comune che non lo si crede per il secondo.

LXXVII. La tosse non presenta alcun carattere speciale; di rado essa avviene ad accessi: la sua intensità e la frequenza non stanno costantemente in rapporto

(*) In casi di simil fatta puossi con gran vantaggio far uso del plessimetro di Piorry.

coll' acutezza dell'infiammazione. Nel primo stadio della peripneumonia è dessa secca, ma in breve le si associa una particolare espettorazione che devesi considerare come uno dei segni i più sicuri della peripneumonia.

LXXVIII. L' espettorazione della peripneumonia presenta caratteri così distinti, che riesce impossibile di confonderla con qualunque altra espettorazione. In quella gli sputi sono trasparenti e rossicci, riuniti in una massa tremolante a guisa della gelatina, e vischiosi a segno che si può capovolgere e fortemente agitare il vaso che li contiene senza che si distacchino dalle sue pareti. Ma quanto è imperfetta ed insufficiente questa succinta descrizione! Gli sputi infatti non presentano sempre questa apparenza nei diversi gradi dell' infiammazione del polmone; in alcuni casi hanno un aspetto affatto diverso; ed in altri la peripneumonia percorre i suoi diversi periodi senza che si manifesti per mezzo dell'espettorazione, la quale o manca pienamente, o non è caratteristica.

Occupiamoci dapprima nel descrivere l'espettorazione quale d'ordinario si presenta nel corso di una peripneumonia.

Al principio della malattia, quando avvi già tosse, dispnea, febbre, ed un dolore più o meno vivo ai lati del petto, il malato non espettora ancora, ovvero espettora soltanto un poco di muco gutturale o bronchiale misto a saliva. In questo stato percuotendo il petto si ha ancora un suono abbastanza chiaro, ma poco dopo comincia a farsi sentire il rantolo in uno dei lati del torace; a misura che questo rantolo si rende più sensibile, l' espettorazione assume i suoi caratteri distintivi; il che ordinariamente succede dal secondo al terzo giorno. Gli sputi divengono *sanguinolenti*, cioè sono com-

posti di un muco intimamente unito, e combinato col sangue; non sono semplici strisce sanguigne come negli sputi di un' affezione puramente catarrale, nè sono formati da sangue puro, come nell'emoftisi. A norma della quantità del sangue che contengono, gli sputi sono o gialli, o del colore della ruggine di ferro, o di un rosso ben distinto. Si fanno in pari tempo tenaci, e vischiosi; si uniscono tra di loro in modo da formare un tutto trasparente ed omogeneo; ma inclinando il vaso ove sono contenuti, si distaccano, e scorrono ancora con molta facilità. In quest' epoca della malattia adunque gli sputi stanno tra di loro intimamente uniti, ma non hanno ancora tanta vischiosità per attaccarsi tenacemente alle pareti del vaso.

Soventi, in tutto il corso della peripneumonia gli sputi si presentano coi caratteri ora descritti: in questo caso l' infiammazione del polmone non oltrepassa ordinariamente il primo grado; ma soventi pure gli sputi si fanno maggiormente vischiosi, e non si distaccano più dal vaso quando si inclina. Devesi allora dubitare che l' infiammazione faccia progressi, e che la peripneumonia arrivi al secondo grado. Quasi sempre infatti mentre gli sputi divengono più vischiosi, percuotendo il petto si ha un suono più ineguale, ed il mormorio d' espansione polmonare cessa pienamente o si cangia in respirazione bronchiale.

La peripneumonia è allora giunta al suo più alto grado di acutezza. Gli sputi rimangono qualche tempo stazionarii, indi presentano nuovi caratteri, che differiscono secondo che la malattia deve terminare in risoluzione, in morte, o passare allo stato cronico.

Quando la peripneumonia s'incammina verso la risoluzione, comincia a diminuire la quantità del sangue con-

tenuto negli sputi, come pure la loro viscosità. Da principio bisogna agitare con qualche forza il vaso che li contiene, perchè si distacchino; poco dopo basta inclinarlo leggermente; successivamente riprendono i caratteri che avevano nel primo grado della malattia, e finalmente si assomigliano a quelli del semplice catarro acuto.

Frequentemente si vedono infermi nei quali gli sputi, dopo essere stati meno vischiosi e meno sanguinolenti, riprendono da un giorno all' altro e la loro primitiva viscosità, ed il colore rossiccio. È questo un indizio certo di una nuova recrudescenza della malattia, come d' altronde lo prova l' esacerbazione simultanea degli altri sintomi.

La risoluzione della peripneumonia è veramente poi assecondata e facilitata, come lo asserì Cullen, da un' espettorazione densa, bianca o gialliccia, segnata da alcune strisce di sangue, e che viene emessa in gran copia senza promovere una tosse violenta? L' osservazione ci dimostrò, che una simile espettorazione non è necessaria per la completa risoluzione della malattia, e che questa può terminare nel modo il più fausto, quantunque gli sputi, i quali non sono più vischiosi nè tinti di sangue, restino acquosi, trasparenti, scolorati, nè più vengano espettorati, prima che abbiano presentato un maggior grado di *cozione*, come dicevano gli antichi.

Ciò nondimeno commetterebbe un grave errore colui, che dietro la sola ispezione degli sputi, i quali ritornano allo stato puramente catarrale, credesse la peripneumonia perfettamente risolta. Succede infatti non di rado, che la natura dell' espettorazione sembri indicare essere avvenuta la completa risoluzione mentre

col mezzo dell' ascoltazione sentesi ancora il rantolo crepitante, il quale in molti ammalati sussiste per un tempo più o meno lungo, dopo che gli sputi cessarono di essere caratteristici.

È meno frequente di vedere continuare l' espettorazione peripneumonica, quando dall' essere cessati o sensibilmente diminuiti gli altri sintomi si rileva che la flemmasia è quasi compiutamente risolta. Crediamo conveniente di qui riferirne un esempio:

Un uomo dell' età di cinquantanove anni andò soggetto ad una pleuro-peripneumonia del lato sinistro. Cominciò nel terzo giorno di malattia ad espettorare sputi rossicci e vischiosi, e continuò nei dì successivi. Verso il settimo giorno andò in un generale e profuso sudore. Nell' ottavo diminuirono in numero ed in grado tutti i sintomi, ma sussisteva la medesima espettorazione. Nel decimo giorno al rantolo crepitante, che udivasi fino dal principio della malattia in tutta la parte posteriore sinistra del torace, vi si sostituisce il mormorio naturale della respirazione, non esiste più la dispnea, non vi ha più calore morboso alla cute, il polso è appena febbrile, e nondimeno gli sputi conservano tuttora l' aspetto che presentarono nel terzo giorno di malattia. Sono essi trasparenti, tinti di rosso carico, riuniti in una massa gelatiniforme, ma poco aderenti al vaso, quali si osservano nel passaggio dal primo grado della peripneumonia al secondo, o quando retrocedono dal secondo grado al primo. Nei giorni successivi il malato sembrava in piena convalescenza. L' espettorazione conserva nondimeno il medesimo carattere, e non si fa decisamente catarrale se non dopo otto o nove giorni dalla scomparsa di tutti i sintomi della flogosi polmonare.

È verisimile che in questo caso in un punto cen-

trale vi fosse rimasto un residuo di flogosi, che si manifestò mediante la sola espettorazione.

Quando la peripneumonia, invece di risolversi, va sempre più aggravandosi, ovvero tende a terminare in suppurazione, l'espettorazione presenta nuovi caratteri che importa assaissimo di ben conoscere.

Nella maggior parte dei malati l'espettorazione è dapprima difficile e scarsa, ed in seguito si sopprime intieramente. Ma in taluni, e questo è il caso più comune, si mantiene la secrezione della materia degli sputi, ma ne è impossibile l'escrezione a motivo della loro grande vischiosità, ovvero per l'estrema debolezza dell'ammalato; si accumulano successivamente nei bronchi, nella trachea e nella laringe, otturano questi condotti, e succede la morte per asfissia.

In altri infermi la stessa secrezione della materia degli sputi si sopprime in un modo più, o meno pronto; per cui si può allora paragonare lo stato della membrana mucosa bronchiale a quello d'un'ulcera, la di cui superficie improvvisamente si secca dopo che fu la sede di una suppurazione abbondante.

Le numerose malattie, che soventi vanno complicando la flemmasia del polmone, sono una delle cause frequenti che contribuiscono a diminuire od a sospendere la secrezione della membrana mucosa bronchiale. Baglivi asserì, che i purganti somministrati in gran copia nel primo stadio della malattia determinano la soppressione dell'espettorazione. Morgagni era d'avviso che i salassi intempestivi fatti specialmente nei vecchi producano il medesimo effetto. Su questo proposito egli dice: *Sunt plures medici qui aegros ob id interimunt, quia nesciunt ipsi quiescere.* Sydenham parimenti ci avverte che i salassi troppo frequentemente ripetuti sop-

primono l' espettorazione, mentre che fatti con maggiore cautela servono soventi a ristabilirla. Agli occhi del medico, il quale fedele a suoi principii non ricorre alla flebotomia che dietro un saggio discernimento, l'estrazione di una certa quantità di sangue è soventi il migliore fra gli espettoranti: *Optimum in pulmonum inflammationibus expectorans remedium venae sectio prudenter administrata habenda est.* (Frank).

Quando si credeva che la peripneumonia prodotta da una materia morbifica fissata sul polmone non potesse risolversi finchè questa pretesa materia non fosse evacuata per mezzo degli sputi, ogni volta che vedevasi sopprimere l' espettorazione si pensava che la materia morbifica restasse nei polmoni; e producesse a poco a poco la loro degenerazione, a meno che mediante una funesta metastasi non sortisse dall'economia animale in un colle evacuazioni alvine, colle orine, o coi sudori. Tali sono le idee che per lungo tempo dominarono nelle scuole, ma che in oggi più non si ammettono, poichè l' esistenza di questa materia morbifica non è provata da alcun fatto, ed il pericolo della soppressione degli sputi si spiega benissimo senza ammettere questa ipotesi. Suppongasi che, per l' influenza di una causa qualunque, l' infiammazione del parenchima polmonare siasi esacerbata; la flogosi simultanea di cui è affetta la membrana mucosa bronchiale, viene simpaticamente aumentata, a guisa di quanto avviene in tutte le infiammazioni delle membrane mucose portate al massimo grado, si sopprime ogni secrezione. L'esacerbazione della flogosi è causa allora e dei gravi accidenti che si sviluppano, e della soppressione dell' espettorazione.

In alcuni ammalati affetti da peripneumonia gravissima cessa talvolta improvvisamente ogni espettorazione

senza che immediatamente ne risulti verun funesto accidente (Osserv. 38). In questo caso adunque bisogna aver riguardo al complesso degli altri sintomi, ed astenersi dal pronunciare un pronostico qualunque dietro la sola circostanza della soppressione degli sputi.

In altri infermi affetti da peripneumonia mortale non si sopprime l' espettorazione, ma invece gli sputi cangiano d'aspetto. Molti fra questi ammalati espettorano in piccola quantità nell' ultimo giorno di loro esistenza alcuni sputi opachi e disposti in picciole masse tondeggianti di un colore bigio-rossiccio-sporco; avvi la più grande analogia fra questa specie di sputi e quelli, che soventi vengono espettorati dai tisici poco tempo prima della loro morte.

Finalmente in alcuni varj casi, l' espettorazione continua sino alla morte nella stessa copia, e coi medesimi caratteri come se la flemmassia dovesse terminare per risoluzione. Ne abbiamo veduto un esempio sorprendente in un vecchio che fu trasportato allo spedale della Carità, mentre presentava tutti i sintomi di una peripneumonia gravissima, e che morì in settima giornata di malattia. In tutto il tempo della sua dimora nello spedale i suoi sputi erano trasparenti, riuniti in una massa gelatiniforme, aderenti tenacemente al vaso, di un colore giallo di zafferano. Due ore prima di morire espettorò ancora una gran quantità di simili sputi. Alla sezione del cadavere ritrovammo il polmone sinistro affetto d'epatizzazione rossa dalla sua sommità sino alla base: i bronchi in tutta la loro estensione dalla trachea sino alle più piccole diramazioni erano di un colore rosso vivissimo.

Si dimanda ora se l'esito della peripneumonia in suppurazione si manifesta con una particolare espettorazio-

ne? Gli autori nulla dissero su questo proposito. Fra gli individui morti di flemmasia acuta, nei quali abbiamo ritrovato il polmone affetto d'epatizzazione bigia, taluni avevano cessato di espettorare negli ultimi tempi di loro malattia; altri avevano emesso sputi bigi, inodori, glutinosi, veramente purulenti; in altri l'espettorazione erasi conservata quale si mostra nel caso d'epatizzazione rossa. Finalmente in un certo numero di infermi abbiamo veduto che gli sputi in questo terzo grado della peripneumonia cessarono di presentare l'aspetto della gelatina, non erano più vischiosi, nè tinti di rosso, ma si convertirono in un liquido della consistenza dell'acqua gommosa, di un colore rosso-bruniccio più o meno fosco, talvolta perfettamente nero, molto somigliante al sugo della liquirizia, o delle prugne. Soventi dalla sola presenza di questa sorta d'espettorazione giudicammo dell'esistenza del terzo grado della peripneumonia, e quasi sempre la nostra diagnosi venne confermata dalla sezione del cadavere (Osserv. 23, 24, 25, 26, 27, 28.)

Non bisogna però considerare questa specie di segno come infallibile; le regole le più generali hanno le loro eccezioni; e talvolta abbiamo osservato gli sputi simili al sugo delle prugne, come li abbiamo descritti, in persone i di cui polmoni erano affetti soltanto d'epatizzazione rossa (Osserv. 39, 40): e tali pure li abbiamo ritrovati in un caso di peripneumonia leggerissima, che sembra non aver oltrepassato il primo grado e terminò felicemente in risoluzione (Osserv. 41).

L'esito della peripneumonia in gangrena si rende manifesto specialmente coll'espettorazione di un liquido dapprima verdastro, successivamente di un colore bigio-sporco, rossiccio ad intervalli, e che esala un odore

fetido simile a quello che tramandano le parti esterne gangrenate. (Osserv. 63, 64).

Ci rimarrebbe ancora a trattare dell'espettorazione, nel caso in cui la peripneumonia acuta passa allo stato cronico, o eziandio nel caso di peripneumonia cronica primitiva; ma allora gli sputi non presentano alcun carattere particolare; sono quelli del catarro polmonare con tutte le sue gradazioni. Se poi i sintomi della peripneumonia cronica si esacerbano in modo che la malattia ripassi allo stato acuto, la qualità dell' espettorazione ci fa avvertiti di questo cangiamento, divenendo gli sputi vischiosi, trasparenti, e rossicci.

Quando la peripneumonia si associa ad una malattia già antica del polmone, gli sputi presentano varii caratteri, che importa assaissimo di conoscere. Talvolta l'espettorazione che apparteneva all'affezione preesistente del polmone, per esempio alla bronchitide cronica, ai tubercoli, scompare intieramente e vi si sostituisce l' espettorazione che indica l'infiammazione del parenchima polmonare; ma soventi pure si osserva un miscuglio dell'una e dell' altra; i loro caratteri si mascherano a vicenda; e non se ne può trarre alcuna induzione relativa al diagnostico o al pronostico della malattia. Altre volte, dopo che gli sputi che appartenevano alla peripneumonia si mostrarono soli per lungo tempo, si vede ricomparire, verso il declinare della flogosi, l' antica espettorazione. Da ciò una nuova sorgente di errori. Potrebbesi, per esempio, credere appartenenti ancora alla peripneumonia, ed eziandio favorevoli ad una buona crisi, gli sputi bianchi ed opachi, che non le sono in verun modo proprii, e che dipendono da un antico lavoro patologico dei bronchi, il quale, sospeso o modificato dalla peripneumonia, ri-

torna al suo primo stato quando l'infiammazione polmonare comincia a risolversi.

Le considerazioni precedenti bastevolmente dimostrano quanto sia importante lo studio profondo della natura dell'espettorazione nella peripneumonia, e quanto serva a rischiararne il diagnostico. Ciò nondimeno non credasi, chè tutte le peripneumonie sieno accompagnate da un'espettorazione caratteristica; poichè alcune se ne danno leggeri o gravi, le quali percorrono i loro diversi periodi, e terminano in salute o in morte, e non presentarono in tutto il decorso fuorchè gli sputi di una semplice bronchitide (Osserv. 42, 43, 44, 45). La mancanza completa di espettorazione caratteristica si osserva specialmente nei casi di peripneumonie intercorrenti. (Osserv. 58, 59.)

Ripeteremo noi qui cogli antichi autori che la mancanza di ogni espettorazione nel corso di una peripneumonia sia di funesto presagio al pari della sua soppressione? Cullen opinava essere rarissimo il caso di una peripneumonia senza espettorazione, che terminasse in risoluzione. Frank, sebbene ritenesse con Cullen la mancanza degli sputi come un sintomo gravissimo nella peripneumonia, pure asserisce di aver veduto un gran numero di ammalati guarire perfettamente, quantunque non avessero mai presentato veruna espettorazione; soggiunge però di avere nei medesimi osservato un sedimento nelle orine, e sudori copiosissimi, i quali, a sua opinione, supplirono vantaggiosamente all'evacuazione che avrebbe dovuto succedere per mezzo degli sputi. Noi però non abbiamo giammai potuto verificare questa osservazione.

Il colore degli sputi della peripneumonia dipende forse costantemente dalla presenza del sangue? Non

vengono essi frequentemente tinti in giallo dalla bile? Siamo ben lungi dal pretendere di negare che quest'ultima causa possa compartire il proprio colore agli sputi; che anzi, ne abbiamo riferito un esempio; ma siamo d'avviso che ciò succeda meno frequentemente di quello che si crede comunemente, ed in generale riteniamo potersi attribuire i varii colori degli sputi alla maggiore o minore quantità di sangue, che contengono. Se infatti si mischia all'acqua pura resa vischiosa con una mucilaggine un poco di sangue aumentandone gradatamente la proporzione, la si vede tingersi di giallo più o meno carico, indi di giallo verdastro; successivamente di un giallo che si confonde col rosso, da cui risulta il colore rossiccio simile alla ruggine di ferro; e finalmente di colore rosso vivo. Così pure nel siero del sangue separato dal crassamento si osservano le diverse gradazioni del giallo, del verde e del rosso, a norma della quantità più o meno grande di materia colorante, che ritiene sciolta. Gli sputi peripneumonici sono comunemente gialli al principio della malattia; in seguito assumono un colorito rosso ben distinto; indi a misura che l'infiammazione va diminuendo si fanno di nuovo gialli o verdastri. Perchè si dovrà ammettere, che la bile ed il sangue a vicenda si suppliscano, mentre che questo alternativo cangiamento di colore si spiega naturalmente dalla diversa quantità di sangue contenuta nella materia espettorata?

LXXIX. Le differenti funzioni della vita organica ed animale vanno soggette nel corso della peripneumonia acuta a un turbamento più o meno grande.

Nel primo stadio della malattia la faccia è ordinariamente rossa; ma noi non abbiamo mai osservato, come soventi fu ripetuto, che la guancia del lato del

polmone affetto fosse più rossa dell'altra. L'anatomia d'altronde dimostra la futilità di una simile opinione. Il colorito più vivo della guancia del lato affetto si manifesta soltanto allorchè l'infermo decombe per qualche tempo sul lato del polmone ammalato, ed in tal caso il maggior rossore della guancia deve considerarsi come un fenomeno puramente meccanico. Il rossore delle guance sussiste finchè vi ha una forte reazione. Se la dispnea si fa considerevole, la faccia presenta una tinta livida, che aumenta coll' aumentare dell' affanno di respiro. Quando il polmone comincia ad infiltrarsi di pus, un pallore caratteristico, un colorito talvolta analogo a quello che osservasi nelle affezioni cancerose, si diffonde ordinariamente su tutta la faccia. Questo aspetto della faccia è soventi sì distinto, che ci servì in alcuni casi, più che verun altro segno, a stabilire la diagnosi del terzo grado della peripneumonia.

LXXX. Il delirio si manifesta frequentemente nel corso della peripneumonia, ora esso non esiste che ad intervalli, e specialmente durante l'esacerbazione vespertina, ed è allora un sintomo non tanto grave; ora, al contrario, è continuo ed accompagnato da altri fenomeni nervosi. In questo caso può essere prodotto da una vera meningitide; ma soventi non si trova altra lesione fuorchè una certa quantità di siero limpido effuso nei ventricoli, e specialmente alla base del cranio. Il delirio dipendente da questa causa si manifesta specialmente quando la respirazione è molto affannosa; sembra che qui pure, come negli aneurismatici ed in tutti i casi in cui avvi un principio d'asfissia, l'effusione sierosa del cervello risulti dalla difficoltà puramente meccanica, che incontra il sangue venoso nel ritornare dal cervello ai polmoni per la via delle cavità destre

del cuore, che sono ingorgate e quasi ostrutte dalla copia di sangue che vi si raccoglie. Altre volte finalmente nè nel cervello, nè nelle sue dipendenze non si rinviene veruna notabile lesione dalla quale ripetere si possa il delirio dei peripneumonici.

LXXXI. Il decubito nella peripneumonia fissò già da lungo tempo l'attenzione dei pratici; si ritenne come un segno caratteristico dell' infiammazione del polmone il decubito costante sul lato affetto. Nulla però vi ha di più inesatto. Nello stadio dell' invasione della peripneumonia, come in tutto il suo decorso, di ogni quindici ammalati non ve ne ha che uno solo che decumba in simil guisa; tutti gli altri rimangono costantemente coricati sul dorso. Non è già nella peripneumonia, ma in certi trassudamenti pleuritici, che si osserva questo decubito sul lato affetto, come lo dimostreremo in appresso.

LXXXII. La condizione del polso è infinitamente varia; il suo carattere più comune è di essere frequente e largo. Quando l' infiammazione è molto intensa presenta talvolta una piccolezza singolare, che però cessa ben presto dietro abbondanti emissioni sanguigne. In altri ammalati esiste una debolezza reale di polso che si aumenta sotto il salasso. Quanto sono utili i numerosi salassi nel primo caso, altrettanto sarebbero dannosi nel secondo. L' istantanea soppressione degli sputi, l' aumento della dispnea, una mortale prostrazione di forze, furono più volte il risultato di questi salassi intempestivi. È questo invece il caso di far uso dei rivellenti energici. Riesce soventi ben difficile a stabilire *a priori*, e dietro la sola considerazione degli altri sintomi la distinzione tra il polso realmente debole e quello che non ne ha che l' apparenza. Gli effetti dei salassi

possono specialmente servir di guida per fissare questa distinzione. Talvolta, al contrario, dopo che furono istituiti abbondanti salassi, e quando tutto indica che l' infiammazione va diminuendo, il polso non perde nè della sua forza, nè della sua durezza; ma soventi allora, e ciò si osserva specialmente nei vecchi, la durezza del polso non indica già l' intensità dell' infiammazione o la forza della reazione generale, ma invece sta in relazione causale con un' ipertrofia del cuore, limitata al ventricolo sinistro, le di cui pareti sono addensate a spese della cavità. Ognuno facilmente comprende quanto sia importante a conoscersi una simile circostanza sotto il rapporto del metodo di cura.

Rarissime volte avviene nei casi eziandio i più gravi, a meno che vi esista una complicazione di lesione organica del cuore, che il polso presenti un'intermittenza, o un' irregolarità ben distinta.

La gran frequenza del polso indica il pericolo della malattia. È raro il caso di guarigione quando si annoverano più di cento trenta pulsazioni per ogni minuto primo. La frequenza delle pulsazioni arteriose sta sempre in ragion diretta colla frequenza dei movimenti inspiratorii; nondimeno nelle ultime ore di vita soventi si osserva che il polso non è più tanto frequente e sembra essere ritornato allo stato naturale, quantunque la respirazione divenga sempre più accelerata. Questo è un segno costantemente mortale.

Quando sono cessati i diversi sintomi razionali della peripneumonia, e non vi ha più nè dispnea, nè espettorazione, nè tosse, nè febbre propriamente detta, succede talvolta che il polso continui ad essere più frequente che non lo sia nello stato fisiologico. Questa insolita sua frequenza, senza che d'altronde vi sia durezza,

nè aumento di calore alla cute, non deve essere trascurata; deve essa farci temere della persistenza di un residuo di lavoro patologico nei polmoni, il che d'ordinario viene confermato dall' ascoltazione. Altre volte al contrario, in ragione senza dubbio della differenza d'attività delle simpatie presso i diversi individui, la circolazione è già riordinata ma vi esiste ancora una legger difficoltà di respiro ed un poco di tosse, e l' ascoltazione indica non essere ancora la flogosi compiutamente risolta.

LXXXIII. Uno fra i fenomeni più costanti che si osservino nella peripneumonia, è lo stato cotennoso del sangue. Abbiamo notate con diligenza, nella maggior parte delle osservazioni particolari, le differenze che presentò la cotenna sotto il rapporto della sua consistenza, dello spessore, del colore, e della forma. In alcuni casi abbiamo potuto evidentemente riconoscere la relazione che esisteva fra questa cotenna e l'esistenza attuale della flemmasia polmonare. Alcuni individui infatti furono assoggettati a sottrazioni di sangue prima che in essi si fosse manifestato verun segno della peripneumonia, o eziandio dopo che erasi già risolta. Il loro sangue non era allora cotennoso. Questi medesimi individui furono pure salassati nel corso della peripneumonia, ed allora il sangue presentò la cotenna. (Osserv. 22) (38).

LXXXIV. Le funzioni digerenti non presentarono altro fenomeno notabile, escluso il caso di complicazione, fuorchè la bianchezza della lingua, l'anoressia, una sete poco intensa. Questi fenomeni si ritrovano nelle malattie le più gravi, come nelle più leggeri, e dimostrano quanto sieno intimi i vincoli che uniscono le funzioni digerenti a quelle di tutti gli altri organi.

Ci rimarrebbe a trattare dello stato dei liquidi, che secernono i varii organi, e specialmente del sudore e dell'orina; ma ci riserviamo di discorrerne in seguito.

LXXXV. Abbiamo fin qui passato in revista i diversi sintomi della peripneumonia; ma per meglio studiarli li abbiamo considerati isolatamente gli uni dagli altri; ora esaminiamoli nei rapporti che hanno tra di loro, e vediamo come si manifestano, si combinano, e si succedono nelle varie fasi della malattia. Esponiamo dapprima i casi più comuni; successivamente indicheremo le eccezioni.

Il dolore è d'ordinario il primo sintomo che si manifesta accompagnato talvolta dai brividi di freddo, ed ora no, contemporaneamente la respirazione diviene affannosa; il malato è molestato dalla tosse senza poter espettorare; usando dell'ascoltazione in questo primo periodo, frequentemente si sente un legger rantolo crepitante, il quale non è ancora abbastanza forte per mascherare intieramente il mormorio d'espansione polmonare. Il petto sotto la percussione risuona ancora benissimo. — Si sviluppa una febbre più o meno intensa. Questo complesso di fenomeni costituisce il primo periodo della malattia. Nell'intervallo dal secondo al terzo giorno nuovi sintomi vengono in scena; l'espettorazione sino allora nulla o puramente catarrale diviene caratteristica; sulle prime non è che mediocremente vischiosa, e di vario colore a norma della diversa quantità di sangue che contiene. Un più intenso rantolo crepitante maschera maggiormente il mormorio d'espansione polmonare; meno sonore sono le pareti toraciche nel lato ove esistono il rantolo crepitante ed il dolore; quest'ultimo è d'ordinario meno acuto che al principio della malattia. Aumenta la difficoltà di

respiro, e facilmente la si riconosce dalle inspirazioni brevi, le une vicine alle altre, che l' infermo eseguisce, sebbene comunemente assicuri di non sentire verun senso di oppressione. Se il dolore è forte, impossibile è il decubito sul lato affetto; nè l' ammalato si appoggia sul lato sano, poichè allora respira con maggiore difficoltà; ma quasi costantemente sta coricato sul dorso. La febbre persiste con gradazioni infinite sotto il rapporto dei caratteri del polso, della temperatura della cute, del suo grado di madore, o di secchezza.

In questo stato la peripneumonia, sebbene giunta a considerevole gravezza, è però ancora nei limiti del primo grado. Soventi allora rimane stazionaria per un tempo più o meno lungo, indi retrocede; diminuisce la dispnea, scompare quella leggere ineguaglianza di suono; al rantolo crepitante si sostituisce a poco a poco il mormorio naturale d'espansione polmonare; gli sputi ritornano ancora simili a quelli della semplice bronchitide, il movimento febbrile si fa dapprima meno intenso, indi cessa intieramente.

Altre volte, invece di retrocedere verso la risoluzione, la peripneumonia si fa più grave, quantunque non oltrepassi ancora il primo grado. Questa maggiore gravezza è un effetto o della diffusione dell' ingorgo infiammatorio ad una più grande estensione del parenchima polmonare (Osserv. 7, 8), ovvero di una inesplicabile idiosincrasia. La dispnea quindi può aumentare considerevolmente, e sopraggiungere la morte, quantunque la peripneumonia sia allora nei limiti del primo grado (Osserv. 8, 9.).

Nel maggior numero dei casi però la cosa non va così. Ordinariamente se l' ingorgo infiammatorio non si risolve, se i sintomi che l' indicarono si esacerbano;

devesi temere l' invasione del secondo grado. Si ha poi la certezza, che questo esiste quando si osservano i fenomeni seguenti. La respirazione diviene sempre più affannosa, breve, frequente; libera non è più la parola. L' ammalato non può più pronunciare che a stento alcuni vocaboli interrotti. Gli sputi divengono sì vischiosi, che non si possono più staccare dal vaso. Il suono del petto, nel lato affetto, è decisamente ineguale; dapprima si sente ancora un legger rantolo crepitante non frammisto a verun mormorio d' espansione polmonare; in seguito questo rantolo scompare, ed allora applicando l' orecchio alle pareti toraciche, o non si ha veruna sorta di sensazione, ovvero si sente, nello spazio ove il suono è ineguale, la respirazione bronchiale cui si associa quasi costantemente uno speciale rimbombo della voce. L' ammalato continua a decombere sul dorso. Il polso, frequentissimo, rimane forte e pieno, ovvero presenta una debolezza talvolta reale, ma più soventi apparente. In questo grado della peripneumonia il pericolo è massimo, e gli ammalati rapidamente soccombono in un vero stato di asfissia.

Nondimeno anche in questo grado può ancora succedere la risoluzione. Allora diminuisce l' ineguaglianza del suono; scompare la respirazione bronchiale; si sente di nuovo il rantolo crepitante, dapprima solo, in seguito frammisto al mormorio naturale d' espansione polmonare. Gli sputi ritornano allo stato catarrale; contemporaneamente la dispnea, e la febbre vanno diminuendo; indi cessano intieramente. (Osserv. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.)

Soventi è impossibile di distinguere, dietro la natura dei sintomi questo secondo grado dal terzo. Quest' ultimo veramente non ha altro segno caratteristico fuorchè

l' espettorazione acquosa, e bruniccia, più o meno simile al sugo delle prugne, da noi precedentemente descritta; ma questo stesso segno non è infallibile, poichè da una parte questa espettorazione può esistere senza che vi sia epatizzazione bigia (Osserv. 39, 40, 41) e dall' altra si danno peripneumonie al terzo grado che non sono accompagnate da una simile espettorazione (42, 46, 55, 56, 57). L' estremo pallore della faccia, il suo aspetto quasi cadaverico molti giorni prima della morte, non ci possono somministrare che semplici probabilità.

Neppure dall' epoca della malattia si può dar giudizio dell' esistenza del secondo, o del terzo grado; poichè ora nel quinto giorno il polmone è già in suppurazione; ed ora, dopo quindici o venti giorni di malattia è ancora nel grado dell' epatizzazione rossa.

Se succedesse che il pus disseminato nel parenchima polmonare si riunisse in un centro, e che l' ascesso che ne risulterebbe comunicasse coi bronchi, verisimilmente per mezzo dell' ascoltazione si sentirebbe il gorgoglio, e la pettoroloquia, come nei casi di escavazioni tubercolari.

Si dimanda ora se la peripneumonia giunta al terzo grado sia ancora suscettibile di guarigione. Noi non possediamo alcun fatto, che basti a risolvere tale questione. E può forse essere questa risolta nello stato attuale della scienza? In tutti i casi di guarigione qual segno ci potrà dare la certezza, che realmente vi fu suppurazione del polmone? Si pubblicarono è vero alcune osservazioni di ascessi del polmone, in conseguenza di peripneumonie, terminati in guarigione: ma i segni desunti dall' ascoltazione, che nei casi di questo genere furono creduti caratteristici di un ascesso polmonare,

e che successivamente si dissiparono a misura che avveniva la guarigione, sono precisamente quelli che noi consideriamo, dietro numerose verificazioni fatte sul cadavere, come indicanti semplicemente un'epatizzazione rossa o bigia (respirazione bronchiale, e simultanea modificazione della voce). Noi siamo per conseguenza d'avviso che nelle osservazioni di tal fatta recentemente pubblicate, si riferirono esclusivamente ad un ascesso i segni dell'epatizzazione.

L'esito in gangrena si riconosce dal fetore dell'alito e dagli sputi caratteristici precedentemente descritti. (Osserv. 63, 64, 65).

LXXXVI. La risoluzione della peripneumonia, come quella di tutte le malattie, può effettuarsi con o senza crisi, cioè può essere o non essere accompagnata da fenomeni la di cui apparizione si combina con un miglioramento lento o subitaneo dei sintomi. Fra questi fenomeni critici il più comune ed il più evidente è l'aumento della traspirazione cutanea. Sotto questo punto di vista si possono distinguere nella peripneumonia varie specie di sudori. Alcuni esistono durante tutto il decorso della malattia; questo lavoro continuo, che succede alla cute sembra essere una circostanza favorevole, che rende la malattia meno grave, e ne facilita la risoluzione; ma questa specie di sudore non è propriamente un sudore critico; esso è sintomatico. (Osserv. 10).

Ammesse poche eccezioni, si può stabilire per principio generale, che l'umidità abituale della cute nella peripneumonia è di fausto presagio. Succede frequentemente che, in questo caso e senza che verun altro fenomeno notabile sia comparso, la peripneumonia termini a poco a poco in risoluzione; ma altre volte il

sudore si manifesta improvvisamente in copia assai maggiore, se già esisteva, ovvero improvvisamente si mostra, se la cute era rimasta fino allora arida, ed in ambedue questi casi si vede che i sintomi della peripneumonia vanno rapidamente migliorando; soventi allora gli infermi passano in poche ore da uno stato di estrema gravezza alla convalescenza (Osser. 1, 4, 11, 15.)

Si dirà forse che il sudore non è qui che un semplice effetto? Ma per qual motivo in questo caso, prima della comparsa del fenomeno critico, osservasi ordinariamente una esacerbazione momentanea dei sintomi? E non è il contrario che dovrebbe succedere? Il miglioramento non dovrebbe forse precedere il sudore, invece di avvenire in seguito?

Non vi ha malattia, in cui l' esistenza dei sudori critici sembrami più perfettamente dimostrata quanto nella peripneumonia: *Ut plurimum per sudores terminatur peripneumonia* (Frank). Relativamente poi alla spiegazione del fatto, non ci pare che sia tanto facile di darla in un modo rigoroso. Si dirà forse che il sudore guarisce la peripneumonia per un' azione rivellente che fa cangiar sede all' *irritazione*? Ma affinchè un' irritazione ne guarisca un'altra bisogna che quella sia superiore a questa; ora sarà forse la lieve irritazione della cute durante il sudore che basterà a derivare un' irritazione di gran lunga più intensa esistente nel polmone infiammato? una violenta risipola a stento produrrebbe un simile effetto.

La peripneumonia viene pure giudicata da altri fenomeni critici. Quindi noi abbiamo annoverato fra le crisi la diarrea, che pose fine alla peripneumonia di cui tratta l' osservazione seconda. Noi non abbiamo riferito che una sola osservazione di peripneumonia terminata

con un' emorragia critica (Osserv. 7); gli autori parimenti non citano che un piccolissimo numero di esempii. Un caso singolare d'ematuria critica fu nondimeno pubblicato dal dottore Latour, d'Orleans.

Un giovane fornaio, dice questo medico, uscendo dal luogo del suo lavoro grondante di sudore, si espose ad un' aria freddissima. Ben tosto fu preso da brividi di freddo e da stanchezza spontanea; il polso divenne forte e duro; ne risentì un acutissimo dolore laterale, e gli si sviluppò la tosse con sputi sanguigni. All'indimani gli vennero fatti due salassi, ai quali seguì una legger calma. Nel terzo giorno si manifestò una lieve complicazione gastrica, per cui gli si somministrò un grano di tartaro stibiato. Verso sera vi fu esacerbazione dei sintomi del giorno antecedente; il dolore laterale era insopportabile. Si fece un terzo salasso, che lo sollevò alquanto. Nel quarto giorno il dolore laterale era ancor più violento; si applicarono quindi varie mignatte ed un vescicante; alla sera la febbre era gagliarda, passò una notte agitata, ed ebbe un legger delirio. Nel quinto giorno risentì un nuovo dolore acuto e pulsante nella regione lombare, accompagnato da soppressione delle orine: verso sera il dolore dei lombi divenne atroce, l' uso d' un semicupio recò qualche calma; ma in breve riprese un' intensità ancor maggiore. Finalmente l' ammalato, in uno stato prossimo al delirio, sente il bisogno di orinare, ed evacua dall' uretra in una sola volta quasi una foglietta di puro sangue. Da quel momento si calmarono gli accidenti, e giudicossi la malattia. Nel sesto giorno si ristabilì la naturale escrezione dell' orina, e la convalescenza fu di breve durata.

Si asserì che la peripneumonia venisse soventi giudicata da ascessi formatisi negli arti superiori; noi però non abbiamo mai osservato simili fatti.

Finalmente fra le crisi della peripneumonia si annoverò l'espettorazione. Boerahaave ed il suo celebre commentatore Van-Swieten considerando la peripneumonia come il risultato dell' ostruzione sanguigna delle arterie del polmone, opinarono, che il sangue, che otturava i piccoli vasi, ove il medesimo subiva una modificazione, che lo trasformava in materia morbosa, passasse in capo a un tempo più o meno lungo da questi vasi nei bronchi; se poi non poteva effettuarsi questo passaggio, veniva trasportato nel torrente della circolazione, ed usciva dall'economia colle orine, colle evacuazioni alvine, col sudore, ecc. Da ciò credettero derivare le diverse crisi, tra le quali l' espettorazione doveva essere considerata come la più frequente e la più salutare. Ma simili idee non si possono ai nostri tempi ammettere: gli sputi sanguigni della peripneumonia non devonsi più considerare come una crisi di questa malattia, nella stessa guisa che il pùs formatosi alla superficie della pleura o del peritoneo infiammato non si può risguardare come un fenomeno critico, che valga a giudicare la pleuritide o la peritonitide.

LXXXVII. La convalescenza della peripneumonia è d' ordinario breve, quando essa è sincera. Cessata l'infiammazione polmonare, le forze si ricuperano con una incredibile facilità malgrado il numero, e l' abbondanza delle fatte sottrazioni di sangue; ma forse più che in altra malattia bisogna in questa temere le false convalescenze. In molti infermi un residuo di flogosi polmonare, che si rileva dall' ascoltazione, persiste per un tempo più o meno lungo dopo che sembrano dissipati i diversi sintomi razionali della peripneumonia; nondimeno è raro che in questo caso un attento esame delle diverse funzioni non ci porti a so-

spettare dell' esistenza di un residuo di flogosi. Quindi il malato non sente più veruna difficoltà di respiro, i suoi movimenti inspiratorii sembrano naturali, parla con libertà e franchezza; ma se si abbandona a grandi movimenti della persona, se vuol fare un'inspirazione profonda, se sostiene una lunga conversazione, l' attento osservatore non tarda a riconoscere che la respirazione si fa breve ed accelerata, e che secondo un' espressione volgare, il malato si soffoca facilmente. Dopo aver mangiato ricompare l' affanno di respiro; non havvi vera febbre, ma il polso conserva una legger frequenza, e verso sera l'ammalato si sente stanco e di mala voglia. Se allora si esplora il petto mediante l' ascoltazione, odesi un rantolo crepitante più o meno distinto nello spazio dove precedentemente si riconobbe la peripneumonia. I sintomi ora descritti possono essere più o meno manifesti; se sono poco sensibili ed oscuri sfuggiranno facilmente all' investigazione del medico; per cui se non si pratica l' ascoltazione, si cadrà nell' errore di considerare il malato come perfettamente guarito. Non fa bisogno di dire che da questo errore di diagnosi deve risultare quasi necessariamente o una pronta ricaduta, o una lenta disorganizzazione del parenchima polmonare. Uno dei più preziosi vantaggi dell' ascoltazione è certamente d' impedire che sì funesti sbagli sieno possibili; tanto è ammirabile la precisione con cui l' ascoltazione indica in questo caso il vero stato del polmone.

Ci rimane ancora di indicare un' altra causa, per disavventura troppo frequente, delle false convalescenze in conseguenza della peripneumonia: questa consiste nel rapido sviluppo dei tubercoli polmonari. Sembra, in questo caso, che essi preesistendo all' infiammazione,

ricevano da questa un funesto impulso che asseconda e la loro moltiplicazione ed il loro ammollimento. Soventi allora nel medesimo tempo che i tubercoli si sviluppano, la flogosi del parenchima cessa intieramente, di modo che il petto risuona come allo stato normale, e sentesi la respirazione in ogni parte con chiarezza, ma con maggiore intensità che nello stato naturale: nondimeno le forze invece di ristabilirsi vanno ogni giorno affievolendosi; l'infermo dimagra continuamente, è molestato dalla tosse, e respira con difficoltà, ed ogni sera si sviluppa un legger movimento febbrile. Questi sintomi si fanno sempre più manifesti, ed in breve non vi ha più dubbio dell'esistenza di una tisi polmonare, i di cui progressi sono soventi rapidissimi. (Osserv. 49). Morton descrisse benissimo questa specie di tisi, che chiamava *phthisis a peripneumonia.*

La convalescenza della peripneumonia non è soltanto disturbata ed interrotta dalle due cause precedenti; talvolta il polmone rimane ingorgato di sangue o di sierosità. Questo ingorgo non è già infiammatorio, poichè non cede sotto i presidii antiflogistici, e si dissipa invece coll'uso dei tonici; è questa una specie d'infiltrazione passiva, che succede all'infiammazione. È per la stessa ragione che talvolta si osserva, in persone indebolite per una causa qualunque, alla risipola degli arti inferiori succedere l'edema, alle enteritidi un'infiltrazione sierosa del tessuto cellulare sotto-mucoso, ecc. Il rantolo crepitante, una lieve dispnea, la mancanza della febbre, uno stato di languore generale accompagnano questa specie di ingorgo polmonare. Questi segni sono senza dubbio insufficienti per distinguerlo da un vero stato di flemmassia, ed il metodo curativo costituisce allora la vera pietra di paragone. In questo caso come

in molte altre circostanze, non è che a forza di esperimenti che si può arrivare a stabilire una buona diagnosi, e quindi praticare un trattamento conveniente. L' ingorgamento passivo del polmone non sopraggiunge soltanto in conseguenza delle peripneumonie; ma succede ancora verso la fine di molte altre affezioni di lunga durata, nel corso delle quali gli infermi stettero costantemente coricati in posizione dorsale; più volte l' abbiam veduto cedere all' uso del decotto di poligala e del kermes dopo aver lungamente resistito a quello delle semplici bevande ammollienti, ed eziandio alle emissioni di sangue. Un esercizio moderato, un' aria sana, un vitto alquanto nutriente devono pure contribuire a sollecitarne la risoluzione.

LXXXVIII. Dai tempi di Ippocrate fino ai nostri fu soventi agitata una gran quistione per riconoscere se veramente le malattie hanno una tendenza naturale a risolversi in capo ad un certo numero di giorni fissi, chiamati *giorni critici*. È certo che una simile questione non potrebbe essere decisa *a priori*, ed appartiene ai soli fatti di pronunciarne un giudizio. La peripneumonia è una fra le malattie, in cui la questione sembra più facile a risolversi, poichè da una parte l' epoca precisa della sua invasione è d' ordinario ben distinta, e dall' altra è parimente manifesta l' epoca della risoluzione. Facciamo però riflettere, che in uno spedale è difficile di sapere sempre esattamente come, e quando abbia cominciato la malattia; quindi nella pratica civile si possono più facilmente istituire le convenienti ricerche intorno ai periodi delle malattie, ed ai loro giorni critici.

Ecco però il riassunto delle nostre osservazioni intorno alla durata della peripneumonia in cento dodici casi.

Numero delle peripneumonie.	Durata.
3	4 giorni
2	5
6	6
23	7
2	8
4	9
11	10
13	11
1	12
2	13
11	14
2	15
2	16
9	20
1	27
1	42

Fra le peripneumonie di cui non si potè precisare l' epoca della risoluzione

3 durarono	dai 5 a 7 giorni
12	7 a 14
7	14 a 20
4	20 a 30

Risulta da questo quadro, che i giorni in cui si osservò la risoluzione del maggior numero delle peripneumonie sono il settimo, l' undecimo, il quattordicesimo, ed il ventesimo.

Fra queste cento dodici peripneumonie una sola durò più di trenta giorni, e potevasi considerare come un' affezione cronica. Sembrami che gli autori non abbiano sufficientemente rivolta l'attenzione ai casi estremamente rari di peripneumonie croniche senza complicazione di tubercoli o di melanosi. Nello spazio di

cinque anni non abbiamo veduto allo spedale della Carità che pochissimi esempii d'epatizzazione rossa o bigia del polmone della durata maggiore di due mesi. Eppure generalmente si ritiene essere la peripneumonia cronica una malattia assai comune. Ma ciò verisimilmente dipende dall' essersi soventi confusi varii trasudamenti pleuritici colle infiammazioni del parenchima polmonare. Bayle però riportò un esempio ben distinto di peripneumonia cronica nelle sue *Ricerche intorno la tisi polmonare* (Osserv. 46). La malattia durava già da tre mesi e mezzo a quattro mesi; aveva essa incominciato in un modo lento e latente, e fu creduta una tisi. Alla sezione del cadavere si trovò una completa epatizzazione rossa del polmone destro.

LXXXIX. Se è infinitamente raro di trovare una peripneumonia cronica senza complicazione, è, al contrario, altrettanto più comune il rinvenire in uno stato d'infiammazione cronica le porzioni di polmone che circondano i tubercoli ammolliti. Potrebbesi forse dire, che in questo caso la peripneumonia abbia preceduto la formazione dei tubercoli? Noi non siamo di questa opinione. In fatti, nel primo grado della tisi, quando i tubercoli sono ancora crudi ed in piccol numero, il petto si conserva perfettamente sonoro ed ovunque sentesi chiaramente il mormorio naturale della respirazione; e questo è il caso più generale. Il parenchima polmonare non è dunque allora affetto d'infiammazione. Se gli ammalati muoiono, alla sezione del cadavere non si riscontrano tracce di flemmasia. Successivamente quando i tubercoli si moltiplicano e cominciano ad ammollirsi, si sente frequentemente in molti punti il rantolo crepitante, quantunque non vi sia alterazione nel suono delle pareti toraciche. Se la morte soprag-

giunge a quest' epoca si trova il tessuto polmonare che circonda le masse tubercolari grandemente ingorgato, e soventi ammollito (Primo grado, e principio del secondo). Finalmente in un' epoca ancor più avanzata, quando esiste un più considerevole ammollimento dei tubercoli, e già si sono formate le cavità, il suono è d'ordinario ineguale all' ingiro dei punti ove l' ascoltazione scopre l' esistenza delle escavazioni tubercolari, ed ivi pure ritrovasi dopo la morte il polmone duro, impenetrabile all'aria, di color bigio, infiltrato di pus, cioè presenta le stesse alterazioni come nel terzo grado della peripneumonia. Noi però non confondiamo questa infiltrazione purulenta coll' infiltrazione tubercolare sì ben descritta da Laennec.

Sembrami che questi fatti comprovino in modo da non dubitare, che in questo caso la peripneumonia cronica, consecutiva alla formazione dei tubercoli, risulta dall' irritazione continua che i medesimi mantengono nel parenchima polmonare che li circonda. Non è però sì facile di provare che i tubercoli non sono il prodotto di una antecedente bronchitide; ma non è qui il luogo opportuno di discutere tale questione (*).

(*) Sebbene sia vero che in moltissimi casi la peripneumonia si sviluppi consecutivamente ai tubercoli, e che per conseguenza non potrebbesi considerare come causa dei medesimi, tuttavia è forza ammettere che altri casi si danno in pratica nei quali la peripneumonia cronica evidentemente precedette la formazione dei tubercoli; e ciò sembra succedere quando in un polmone quasi totalmente epatizzato si trovano sparsi qua e là alcuni tubercoli in istato nascente. Sono essi troppo piccoli e troppo scarsi in numero per crederli capaci di produrre l' epatizzazione di tutto un polmone, ma invece è questa epatizzazione, che sembra averne più o meno favorito lo sviluppo. Chi ama una discussione più estesa su questo punto di dottrina consulti il mio *Précis d'anatomie pathologique*.

Niuna espettorazione caratteristica, niun segno oltre quelli somministrati dall' ascoltazione e dalla percussione indicano l' esistenza di queste peripneumonie croniche consecutive, le quali costituiscono una fra le cause, che accelerano la morte dei tisici sì per il solo fatto di loro esistenza, come perchè favoriscono lo sviluppo e l' ammollimento dei tubercoli. In sì fatte flogosi, specialmente nel loro primo grado, si può ritrar vantaggio da un metodo antiflogistico ben diretto. Le emissioni di sangue sono indicate nel corso della tisi all' oggetto di allontanare queste peripneumonie intercorrenti piuttosto che per combattere direttamente l' affezione tubercolare, sulla quale sembra che non possano avere influenza alcuna.

XC. Dopo aver studiato la peripneumonia quale si presenta nel maggior numero dei casi, passiamo rapidamente in revista le sue numerose varietà, la di cui esatta conoscenza è della massima importanza.

Fra queste varietà le une sono relative alla sede. Quindi la peripneumonia può interessare ambedue i polmoni ovvero un solo. Quando è limitata ad un solo polmone essa può esistere anche soltanto in alcune porzioni circoscritte, essere in qualche modo disseminata su molti punti isolati, e costituire un numero più o meno considerevole di piccole infiammazioni parziali. Nei casi di peripneumonia doppia l' eguale diminuzione del suono di ambedue i lati rende nulli, o almeno infedeli gli indizii somministrati dalla percussione; nè occorre di rammentare che allora il pronostico è assai più infausto. Nei casi di peripneumonie parziali, in ragione della profonda e poco estesa infiammazione, l'espettorazione sola svela soventi la vera natura della malattia, e la distingue dalla semplice bronchitide acuta.

Altre varietà importantissime si riferiscono alla mancanza di uno, o più sintomi, da cui risulta la peripneumonia latente. Egli è un fatto ben dimostrato in pratica che può esistere una flogosi intensa del parenchima polmonare senza manifestarsi colla dispnea, colla tosse, e cogli sputi. Talvolta pure succede che mentre mancano questi segni, l'ascoltazione e la percussione sono pure insufficienti a far riconoscere il vero stato del polmone (Osserv. 46); ed in tal caso impossibile riesce di stabilire la diagnosi. Abbiamo già fatto osservare che queste peripneumonie latenti, di rado primitive, sopraggiungono specialmente nel corso di un' altra malattia.

Le diverse età degli individui affetti da peripneumonie producono nei sintomi alcune gradazioni in modo da costituire due distinte varietà di questa flemmasia, cioè la peripneumonia dei fanciulli e la peripneumonia dei vecchi.

Noi comprendiamo sotto la denominazione di *peripneumonia dei fanciulli* quella cui vanno i medesimi soggetti dall' epoca della loro nascita sino all' età dei dieci anni. In tutto questo periodo la peripneumonia è frequentissima, e costituisce una fra le cause principali della mortalità dei ragazzi, per cui importa assaissimo che sia ben riconosciuta. I sintomi che la indicano sono d' ordinario oscurissimi. Nei fanciulli infatti manca l' espettorazione se la peripneumonia non è che al primo grado e poco estesa, dalla percussione non si rileva veruna differenza di suono nei diversi punti del petto. Non si osserva quasi mai un' ineguaglianza sì considerevole di suono come negli adulti; ma soventi, paragonando attentamente il suono che si ottiene percuotendo i due lati del petto, non se ne sente uno veramente

ineguale, ma invece il lato ove esiste la peripneumonia è più sonoro dell' altro. In quel medesimo lato, mediante l' ascoltazione, si sente un rantolo crepitante colle stesse modificazioni, che presenta nell' adulto. È infinitamente raro il caso, in cui questo rantolo cessi intieramente di farsi sentire; ma più frequentemente che nell' adulto si confonde col rantolo mucoso. Vi sono però dei casi non pochi, in cui a motivo della sede della peripneumonia, la respirazione conserva tutta la sua chiarezza: in simili circostanze la tosse, la difficoltà di respiro e la febbre non sono più segni sufficienti per caratterizzare la peripneumonia; la stessa dispnea può d'altronde non esistere, come in molte peripneumonie degli adulti. Eppure importa assaissimo di stabilirne la diagnosi avendo essa la massima influenza sul metodo di cura. In varii casi di peripneumonia si considerò la tosse e la dispnea come un effetto puramente meccanico della raccolta delle mucosità nei bronchi, e si ebbe di mira soltanto di sbarazzare questi condotti mediante la somministrazione di emetici, e di varii espettoranti incisivi, trascurando l'uso delle sottrazioni di sangue, le quali, distruggendo la causa, avrebbero fatto cessare l' effetto. Non puossi però negare che dopo aver istituiti alcuni salassi i fanciulli ne ritraggano soventi sollievo dalla prescrizione di un blando emetico, che in essi supplisce vantaggiosamente all'espettorazione; ma guardiamoci bene dall' attribuire a questo secondario presidio una virtù che non ha, e che è propria soltanto del presidio principale, cioè del salasso.

Di rado dalla sezione cadaverica si rileva nei fanciulli l' epatizzazione rossa o bigia dei polmoni; d' ordinario in questi non si osserva che un semplice ingorgo con o senza ammollimento del tessuto; ed è quel medesimo

stato già da noi precedentemente accennato negli adulti, e che indica il passaggio dal primo al secondo grado. È appunto nei fanciulli che più frequentemente si riscontrano le piccole infiammazioni parziali di cui abbiamo trattato, le quali occupano una quantità di punti separati da un tessuto sanissimo, ciascuno dei quali soventi non oltrepassa il volume di un pisello. Da ciò pure deriva l'insufficienza dell'ascoltazione e della percussione in un gran numero di pleuro-peripneumonie dei fanciulli. Trovandosi l' infiammazione, per così dire, disseminata su molti punti ne viene, che soltanto in punti isolati il petto sarà meno sonoro, ed il mormorio respiratorio modificato.

La peripneumonia dei vecchi si presenta soventi quale si osserva nell'età media della vita; ma essa generalmente produce una prostrazione di forze assai più rapida; e sembra pure che nei medesimi arrivi più facilmente e più prontamente sino al terzo grado. Questa flogosi è soventi complicata alla bronchitide cronica di cui sono affetti molti vecchi; ed allora si osserva una gran difficoltà di respiro, la quale fissa specialmente l' attenzione degli astanti, e dietro questo fenomeno principale si diede alla malattia il nome di *catarro soffocante*. In molti casi di questo genere l'espettorazione è nulla, e le mucosità raccolte in gran copia nei bronchi producono un rantolo mucoso che impedisce di scoprire col mezzo dell' ascoltazione lo stato del parenchima polmonare.

Nei vecchi pure, come nei fanciulli, i diversi mezzi atti a favorire l' espettorazione possono riescire vantaggiosi; ma non devono giammai formare la base del trattamento. Malgrado l'età avanzata e la debolezza degli ammalati non devesi esitare nell' uso coraggioso delle

sottrazioni di sangue. Se però dopo fatti i primi salassi od applicate le mignatte non se ne ritrae verun sollievo, ed invece aumenta la prostrazione delle forze, bisogna presto rinunciare al loro uso, e ricorrere ai rivellenti applicati ora al petto, ed ora alle membra.

La peripneumonia presenta ancor molte varietà relative alle sue complicazioni, quali sarebbero le febbri gravi, le pleuritidi con trassudamenti, le pericarditidi, le aracnitidi, le gastro-enteritidi, i tubercoli polmonari, gli aneurismi del cuore, ecc. I sintomi di queste diverse malattie e quelli della peripneumonia si mascherano e si complicano; fa d'uopo allora di un grande esercizio clinico per separare da questo complesso di fenomeni morbosi ciò che appartiene alla lesione di uno, o di un altro organo. Nulla di generale possiamo dire su questo proposito, e quindi invitiamo il lettore a richiamarsi alla memoria le osservazioni particolari registrate nell'articolo quarto.

Venne pure descritta come una varietà dell'infiammazione del polmone la falsa peripneumonia (*peripneumonia notha vel spuria*). Sotto questa denominazione devonsi comprendere molte affezioni, che per varii sintomi si assomigliano effettivamente alla flemmasia del parenchima polmonare, ma che ne differiscono essenzialmente per la natura della lesione organica. Quindi una bronchitide acuta accompagnata da febbre, da difficoltà di respiro, da sputi vischiosi, può imporre per una peripneumonia: ma in questo caso il petto sotto la percussione si mantiene sonoro, non si sente che il rantolo bronchiale, e gli sputi, quantunque presentino soventi alcune strisce di sangue, non sono però uniformemente ed intimamente combinati a questo liquido. Ciò non pertanto si danno esempi di bronchitidi acute le

quali sembrano confondersi con un' incipiente infiammazione del parenchima, ed in allora riesce sommamente difficile di stabilire una precisa distinzione tra queste due malattie. Per buona sorte una simile distinzione è di poca importanza in pratica; poichè una bronchitide generale acutissima, ed una peripneumonia al primo grado limitata ancora a piccola estensione, sono di un pericolo pressochè uguale, e presentano le medesime indicazioni curative.

Un' altra specie di falsa peripneumonia si è quella che risulta da una congestione sanguigna, che frequentemente formasi nel polmone nello stadio d' invasione delle febbri eruttive (vaiuolo, morbillo e scarlattina). Gli ammalati provano allora una dispnea più o meno violenta, che cessa quasi per incantesimo tosto che si manifesta l' eruzione. (Osserv. 60). Dipende forse da questa semplice congestione la leggere ineguaglianza di suono che tramanda il petto sotto la percussione, e che già fu osservata da Avenbrugger e da Corvisart negli individui in cui sta per svilupparsi una febbre erut-tiva?

Durante il decorso, e verso la fine di molte malattie croniche, i polmoni vanno pure soggetti ad una congestione sierosa o sanguigna, che differisce dalla precedente per essere essenzialmente passiva. Si direbbe che in questo caso il sangue ingorga i polmoni nella stessa guisa che negli scorbutici ingorga il tessuto delle gingive, la pelle, le diverse membrane mucose, ed in altri individui riempie e gonfia la milza.

Finalmente fra le pleuro-peripneumonie crediamo doversi annoverare la *peripneumonia biliosa* di Stoll. Non ci pare, infatti, che i sintomi di questa malattia indichino una vera infiammazione dei polmoni. Si os-

servava, dice Stoll, come fenomeni percursori, la perdita d'appetito, e l'amarezza della bocca. Dopo un'intervallo di tempo più o meno lungo sopraggiungevano vaghi brividi di freddo, susseguiti da calore, da un senso di oppressione, e da un dolore in corrispondenza dello sterno, o ad uno dei lati del petto; questo dolore non si esacerbava nella tosse e nelle profonde inspirazioni. Gli ammalati potevano decumbere indifferentemente in tutti i lati, avevano gli ipocondrii tesi o dolenti, provavano un senso di peso all'epigastrio, ove al tatto risentivano dolore; mandavano rutti amari, la lingua era bianca, verde o gialla, e scarsa era la sete; venivano molestati da nausee, e talvolta da vomito; vi aveva stitichezza d'alvo, o diarrea biliosa; gli sputi erano densi, bianchi o verdastri; la febbre variava di intensità. Stoll faceva cessare questo complesso di sintomi mediante la somministrazione di uno o di due purganti. Sembrami evidente che questa pretesa peripneumonia altro non era che un catarro polmonare associato a saburre gastriche ed intestinali; e da ciò ne derivò l'utilità degli evacuanti. Più volte noi pure abbiamo visto ammalati che trovavansi in questo stato, e che felicemente guarirono collo stesso metodo di cura. Ma le idee di Stoll su questo proposito non furono sempre interpretate in questa maniera. Soventi si diede la denominazione di peripneumonia biliosa ed una vera infiammazione dei polmoni, perchè si osservavano alcuni sintomi di impurità gastriche, e specialmente perchè gli sputi presentavano una tinta gialla, che attribuivasi alla bile, e che evidentemente altro non è che il prodotto di un intimo miscuglio di muco e di sangue in certe proporzioni. In questo caso l'uso degli evacuanti deve essere secondario, e mediante larghe emissioni di sangue biso-

gna combattere la flogosi polmonare, sebbene manifesta sembri la complicazione detta biliosa. In molti ammalati affetti da peripneumonia abbiamo veduto questa complicazione biliosa, che manifestavasi con un colorito giallo della faccia, con amarezza della bocca, con una patina densa sulla lingua, con nausee, con rutti, con un senso di peso all' epigastrio, ecc. In alcuni l' uso di un emetico diminuì il disordine delle funzioni digerenti; ma non bastò giammai a far cessare i sintomi della peripneumonia, i quali soltanto cedettero mediante l' uso dei salassi.

XCI. Il pronostico della peripneumonia, in generale piuttosto infausto, varia a norma del grado della flogosi, della sua sede ed estensione, della natura dei sintomi, e delle complicazioni.

Non fa d' uopo di dire che il primo grado è meno pericoloso del secondo, ed il secondo meno del terzo. Molte osservazioni ci hanno convinto che l' infiammazione polmonare può ancora passare alla risoluzione perfetta, quantunque una gran parte del polmone sia giunta al grado d' epatizzazione rossa, ma non conosciamo esempio alcuno, che dimostri la possibilità della guarigione del terzo grado della peripneumonia.

Una peripneumonia al primo grado, ed assai estesa, è generalmente grave al pari di una peripneumonia al secondo grado, ma molto più circoscritta.

In forza di una inesplicabile idiosincrasia, un semplice ingorgo del polmone, che occupi soltanto una piccola parte di questo viscere, riesce talvolta mortale, mentre che in un altro individuo, che trovasi d'altronde nelle medesime circostanze, un' epatizzazione rossa diffusa a maggior spazio termina colla risoluzione. Simili casi sono per buona sorte poco frequenti, e non distruggono le norme generali da noi stabilite.

L' infiammazione dei lobi superiori è generalmente più grave che non quella dei lobi inferiori.

Lo stato della respirazione fa variare il pronostico più che verun altro sintomo. Una considerevole difficoltà di respiro, qualunque sia d' altronde lo stato del polmone, è sempre d' infausto augurio. Lo stato del polso, al contrario, non può mai somministrare dei dati certi sull' esito della malattia; specialmente la sua debolezza è spesso apparente. Ogni qualvolta un polso debole si associa ad un grande affanno di respiro, e non prende sviluppo dopo le prime sottrazioni di sangue, si deve conchiudere che l' infiammazione è molto intensa, e quindi pronunciare un pronostico infausto.

La grande vischiosità degli sputi, e l' essere questi tinti in rosso carico indicano l' intensità della flogosi; mentre il ritornare dei medesimi allo stato catarrale mostra che l' infiammazione passa alla risoluzione; gli sputi acquosi e brunicci, più o meno simili al sugo delle prugne, devono farci sospettare l' esistenza della suppurazione del polmone, e sono in generale di sinistro augurio. Lo stesso dicasi degli sputi bigj e purulenti, la difficoltà con cui vengono espettorati, ed il raccogliersi dei medesimi in gran copia nella trachea e nei bronchi indicano un esito funesto; la loro soppressione, dipendente dall' essere cessata la secrezione, è meno pericolosa; ma è però indizio di sopraggiunta esacerbazione della flogosi.

Le peripneumonie che non sono accompagnate da veruna espettorazione in tutta la loro durata, non sembrano essere più gravi delle altre; ma essendo la loro diagnosi più difficile, soventi non sono riconosciute, e divengono funeste per non essere state convenientemente trattate. Da ciò per conseguenza deriva il più gran pericolo delle peripneumonie latenti.

La secchezza costante della cute è una circostanza assai meno favorevole che l' ordinaria sua umidità.

La risoluzione della peripneumonia combinasi frequentemente coll'apparizione di abbondanti sudori.

Non ci occuperemo nel dimostrare il maggior pericolo della peripneumonia quando è complicata con altre malattie, sieno queste anteriori o posteriori alla flogosi polmonare.

La peripneumonia che attacca i tisici sembra essere meno fatale per il suo attuale pericolo che non per la funesta influenza che esercita sui tubercoli di cui favorisce la moltiplicazione, e l'ammollimento.

XCII. La peripneumonia è una fra le malattie il di cui metodo di cura è semplicissimo ed efficace. Già da varii secoli l' osservazione ha condotto i medici a prodigare in questa affezione, più che in verun' altra, le emissioni di sangue. Ognuno facilmente comprende come in questo caso possano giovare i copiosi salassi; questi non agiscono soltanto come in tutte le altre infiammazioni, ma servono eziandio a diminuire direttamente la quantità di sangue che in un tempo determinato deve traversare il polmone per essere messo in contatto coll' aria; diminuiscono quindi l' attività delle sue funzioni, e concorrono in questo modo a guarire la peripneumonia, nella stessa guisa che si guarisce un' ottalmia col sospendere l' esercizio della vista, ed un reuma prescrivendo il riposo.

Al salasso dalla vena non si può nel caso di peripneumonia sostituire l'applicazione delle mignatte; ma si può contemporaneamente far uso con gran vantaggio di ambedue questi generi di emissioni sanguigne. Quindi immediatamente dopo la sezione della vena, e mentre ne esce ancora il sangue, soventi Lerminier prescrive di coprire di sanguisughe il lato dolente.

Altre volte i medici disputarono lungamente per sapere in qual parte del corpo fosse conveniente di istituire il salasso. Questo luogo d'elezione è di poca importanza; ma è essenziale che il sangue esca in gran copia a pieno rivo da una larga apertura, avendo però la precauzione di evitare che succeda il deliquio. Quarin ritiene la sincope prodotta dal salasso come più pericolosa nella peripneumonia che in verun' altra malattia. Noi però non abbiamo mai verificato questo fatto.

Il primo salasso deve essere in generale di sedici once ed eziandio di venti quando la malattia è ancora nel primo stadio, e vi sia gran difficoltà di respiro, e quando l'ammalato è di robusta costituzione fisica. Di mano in mano che cola il sangue si osserva d'ordinario un miglioramento notabile dei sintomi, e specialmente il respiro si fa più libero. Se la peripneumonia è leggere questo miglioramento è durevole, e non tardano a manifestarsi i segni di un'incipiente risoluzione. In casi di simil genere si può dire che il salasso ha veramente troncata la malattia; ma per poco che la peripneumonia sia intensa, il miglioramento che viene in seguito al primo salasso non dura che poche ore, indi ricompare la dispnea, e l'infiammazione prosiegue il suo decorso come se non si fosse fatto alcun salasso. In simile circostanza non fa d'uopo esitare ad aprire di nuovo la vena, e nelle prime ventiquattro ore ove il bisogno lo richieda si possono fare due, ed anche tre salassi. Nei giorni successivi si ripeteranno con coraggio le emissioni di sangue, ove non ceda l'intensità dei sintomi. L'indicazione del salasso devesi desumere assai meno dalla condizione del polso che non dallo stato della respirazione. Quante volte abbiamo veduto usare il salasso col più gran vantaggio in persone che avevano un polso piccolo

e contratto, la faccia pallida, le estremità quasi fredde, ed una prostrazione di forze in apparenza estrema, ma nei quali la respirazione era oltremodo affannosa! In altri ammalati al contrario che hanno un polso pieno e duro, ma libera la respirazione, il salasso è assai meno imperiosamente indicato. Se in appoggio di questi precetti vogliamo invocare l'autorità dei grandi maestri, diremo che Stoll unicamente guidato dall'estremo affanno di respiro istituì con felice successo otto salassi, in un breve spazio di tempo, in un ammalato che sembrava essere profondamente indebolito, e che aveva la superficie del corpo coperta di macchie petecchiali. La considerazione dell'età non deve che ben di rado impedire di far uso di numerose emissioni di sangue. Soventi si lasciarono morire i vecchi affetti di peripneumonia perchè i medici non osarono di prescrivere loro il salasso. Frank su questo proposito riferisce di aver prescritto con prospero successo nove salassi ad un vecchio ottuagenario affetto da grave peripneumonia che minacciava la sua esistenza. Non poche recenti osservazioni comprovarono che non devesi risparmiare il salasso nei fanciulli come negli adulti. Siccome in quelli, a motivo della piccolezza delle vene, poco sangue si ottiene dall'apertura delle medesime, bisogna allora specialmente insistere con numerose e frequenti applicazioni di mignatte. Molti pratici temono di salassare le donne affette da peripneumonia nell'epoca della mestruazione. È questo, a nostro avviso, un errore fatale. L'aspettare in questo caso finchè sia cessato il flusso mestruo, per combattere col salasso una grave peripneumonia, è lo stesso che renderla quasi necessariamente mortale. La nostra maniera di vedere su questo proposito è appoggiata eziandio all'autorità di De Haen, e di Frank.

Dimandasi ora sino a qual'epoca della malattia si possa far uso del salasso? Sono già trascorsi sedici secoli, da che Galeno aveva stabilito come principio generale che si doveva ricorrere al salasso in qualunque giorno di malattia, fosse anche il ventesimo; ogni volta che sarà indicato. Nondimeno i medici, dimenticando questo precetto, per lungo tempo credettero pericoloso il salasso nella peripneumonia dopo il quinto, o al più dopo il sesto giorno. Questo precetto devesi ad uno dei più grandi osservatori moderni, al celebre Pringle, il quale raccomanda espressamente di non aprire più la vena dal momento che si manifestano gli sputi caratteristici della peripneumonia. A nostri tempi ogni medico conosce quanto questa massima sia erronea. Egli è abbastanza dimostrato che bisogna far salassi in qualunque epoca della malattia, ogni volta che la natura dei sintomi richiede una emissione sanguigna. L'esistenza dello stesso terzo grado della peripneumonia non è sempre una contro-indicazione all'uso del salasso; poichè questo terzo grado soventi esiste contemporaneamente ai due primi, e questi possono essere ancora trattati con vantaggio mediante il salasso. Frank è uno fra i medici, che più degli altri insistette sull'utilità che può presentare ancora il salasso in un'epoca molto inoltrata della malattia, e quando gli infermi sembrano già moribondi. Crediamo conveniente di qui trascrivere un passo della sua opera ove esprime la sua opinione su questo argomento: *In ultimo peripneumoniæ lethalis gradu certe nec venæ sectio juvat, nec quodvis aliud remedium juvat; ac cum hujus aut illius vituperio inermem tam infaustis rebus artem opponimus; interim audaces, sæpe, non fortuna quidem, sed consilium juvat; nec raro, quod vix dictum est, sub frigidis jam*

extremitatibus, facie vix non cadaverica, pulsibusque minimis, venam suffocanti aegro cum felici rerum exitu aperuimus, et vitæ sors unica ex cuspide hæsit lanceolæ.

Quando durante la convalescenza si osserva qualche sintomo che possa far temere una recidiva, non si deve esitare a cavar sangue colla massima prontezza; in tale circostanza ogni ritardo può essere funesto. I residui di flogosi latente di cui soventi rimane affetto il polmone all'epoca della convalescenza, e che la sola ascoltazione può in molti casi far riconoscere, devono essere medicati colla massima cura e sollecitudine. È questo un precetto da osservarsi scrupolosamente. Se si trascurano le emissioni di sangue; se il medico si limita ai soli presidii d'igiene, l'infiammazione mette profonde radici, e si asseconda in molti individui lo sviluppo più o meno rapido di una tisi polmonare.

Le sottrazioni di sangue non sono però il solo mezzo con cui devesi combattere la peripneumonia. Quando non vi ha più alcuna reazione universale ed i diversi topici irritanti non possono agire fuorchè come mezzi rivellenti, fa d'uopo ricorrere a questo genere di presidii terapeutici. Lerminier prescrive soventi con vantaggio l' applicazione di due vescicanti alle gambe immediatamente dopo che fu istituito un salasso. Il tempo più propizio all' uso dei rivellenti è principalmente indicato dalla debolezza del polso, che persiste dopo molti salassi, dal gran pallore della faccia, dall' essere aumentata la difficoltà di respiro eziandio dopo copiose emissioni di sangue, da un' apparente deficienza di reazione generale. Bisogna nondimeno confessare che nulla vi ha di più delicato di questo punto di medicina pratica. Succede soventi che fra due individui che trovansi apparentemente nelle medesime circostanze, l' uno ne

ritrae notabile sollievo dall' applicazione di un vescicante, mentre che nell' altro i sintomi si aggravano. In questo ultimo caso non bisogna tardare a ricorrere di nuovo alle sottrazioni di sangue.

Si dimanda ora in qual parte del corpo convenga applicare i vescicanti. Cullen, Stoll, Pringle li applicarono al petto. Baglivi raccomandava di metterli alle estremità inferiori, Lerminier li applica dapprima alle gambe, e quando sieno guarite le piaghe dai medesimi prodotte ne fa applicare altri due alle cosce, e non ricorre all' applicazione di un vescicante al petto se non quando la malattia sembra farsi cronica.

L' applicazione di un vescicante al braccio, ed anche di un cauterio, è soventi utilissima all' epoca della convalescenza, ogni volta che si tema non essere avvenuta una completa risoluzione della peripneumonia, e dopo aver fatto uso del salasso nel modo anzidetto.

Quando esiste ancora una forte reazione, e nondimeno si creda conveniente di ricorrere ai rivellenti si potrà, invece dei vescicanti, applicare alle estremità inferiori i senapismi, rendendoli meno stimolanti coll' aggiunta di una certa quantità di farina di semi di lino. Il senapismo è indicato, dice Quarin, quando il polso è ancora pieno, la fisonomia rubiconda, ed intenso il colore alla cute. In questo caso, soggiunge lo stesso autore, le cantaridi aumenterebbero la febbre, produrrebbero il delirio, ed aggraverebbero tutti i sintomi.

Fintanto che si fa uso del salasso non si deve prescrivere internamente altro che bevande ammollienti. Frank raccomanda in questo caso una pozione composta di due libbre di decotto d' orzo, di una dramma di nitro, e di un'oncia di ossimiele semplice. Generalmente si ritiene che queste bevande debbansi somministrare

tiepide; rammenteremo però che Sarcone le prescriveva non solo fredde, ma mescolate colla neve.

Non si può negare che in una certa epoca della malattia, nello stesso tempo che ai salassi si sostituiscono i rivellenti, con vantaggio si prescrivono varii medicamenti più o meno tonici e stimolanti. Un gran numero dei nostri ammalati usarono in questo stadio con prospero successo del decotto di poligala, e del kermes alla dose di due a quattro grani in una pozione di quattro once. Non è però che questi mezzi sieno realmente utili quando il polmone sia già in suppurazione; allora non possono al più, che determinare una legger reazione, da cui risulta un apparente miglioramento e di poca durata. Ma l'uso di questi rimedii sembrami realmente vantaggioso nei casi, d'altronde comuni, nei quali la peripneumonia, essendo ancora nei limiti del primo grado, rimane stazionaria, sebbene non vi sieno più segni evidenti di reazione nè locale, nè generale. Sembrami che nei casi di tal fatta, come già altrove abbiamo detto, l'infiammazione sia al disotto del grado di intensità che abbisogna onde progredisca verso la risoluzione. Quello stimolo leggere che allora determinano i tonici nell'economia animale, asseconda questa risoluzione come quella di molte altre flemmasie, quali sarebbero l'ottalmia, l'uretritide cronica, ecc. Questo metodo di cura è ancora più manifestamente utile quando essendo cessato ogni stato infiammatorio, non vi rimane nel polmone che un ingorgo sanguigno o sieroso d'indole passiva. Noi ne abbiamo riferiti varii casi di questo genere (*).

(*) Non si saprebbe insistere abbastanza su questi casi degni di essere meditati, nei quali un organo rimane affetto di un iperemia affatto passiva, dopo essere cessata l'irritazione, che aveva ridotto il medesimo organo in uno stato di iperemia attiva.

Soventi pure in simili circostanze riescono proficui i purganti. Varie persone abbiamo veduto nelle quali non rimaneva più altro segno di peripneumonia fuorchè un rantolo crepitante, che si sentiva in una parte più o meno estesa di ambedue i polmoni o di un solo. Contemporaneamente vi esisteva una legger difficoltà di respiro con tosse; il polso non era d' ordinario frequente nello stato di riposo, ovvero rendevasi celere soltanto ad intervalli. Questi diversi sintomi cedevano dietro l' uso di uno, due, o tre purganti.

Parliamo ora dei sintomi che possono introdurre qualche modificazione nel metodo di cura.

Ogni volta che il dolore laterale è forte, devesi combattere mediante l' applicazione di varie mignatte al luogo dolente. Questo presidio terapeutico è assai più efficace del salasso generale. Si asseconderà il loro effetto applicando per lungo tempo cataplasmi ammollienti, e fomenti della medesima natura. Nei fanciulli che hanno le pareti toraciche molto sottili queste applicazioni non servono soltanto a calmare il dolore, ma sembra che eziandio moderino l' infiammazione del polmone.

Già abbiamo in particolar modo ed a lungo trattato delle varie cause che cagionar possono la soppressione degli sputi. A norma della natura di queste cause devesi cercare di ristabilire l' espettorazione ora col salasso e cogli antiflogistici, ora coi diversi rimedii stimolanti conosciuti sotto il nome di espettoranti, quali sono il kermes, l' ossimiele scillitico, ecc. È però da notarsi che si fece uno strano abuso di questa classe di rimedii, i quali sembrano essere specialmente utili quando gli ammalati non hanno più forza di espettorare la materia tenace e vischiosa che ottura i bronchi, e che per sè sola può produrre tanta difficoltà di respiro da ca-

gionare la morte. In simili casi soventi si facilitò l'espettorazione facendo respirare ai malati i vapori d'acqua resa leggermente acida con una piccola dose di aceto.

Abbiamo precedentemente discorso dei casi nei quali l'amministrazione di un emetico può essere necessaria. Abbiamo parimenti veduto che vennero troppo moltiplicate le peripneumonie biliose, e che con vantaggio si può prescrivere un emetico quando esistono sintomi evidenti di saburre gastriche. Non è che in via di eccezione che nei casi di peripneumonia acuta può considerarsi utile l'azione rivellente degli emetici.

Si danno individui i quali, in virtù di una speciale disposizione, non possono venir affetti da una infiammazione qualunque, senza che si manifestino sintomi nervosi più o meno gravi. Altri pure, sotto il processo infiammatorio il più lieve cadono in uno stato di vera prostrazione di forze. Nel primo caso giovano numerose applicazioni di mignatte al collo, o dietro le orecchie, e non converrà far uso dei rivellenti, fuorchè con precauzione. Nel secondo caso devesi praticare un metodo di cura molto riservato; i salassi saranno meno abbondanti, nè si continuerà lungamente nell'uso degli ammollienti; più sollecitamente si ricorrerà ai rivellenti, applicandoli successivamente a tutta la periferia del corpo, e se non esiste complicazione gastrica si prescriveranno i tonici. Frequentemente però questo stato adinamico non è che apparente, e trae origine dalla contemporanea esistenza di una flemmasia gastro-enterica, e richiede per conseguenza un metodo di cura affatto diverso. La buona e vera medicina consiste nel saper distinguere questi differenti stati, e non già nel volerli ridurre tutti ad uno solo.

In questi ultimi tempi si preconizzò contro la peri-

pneumonia l' uso del tartaro stibiato ad altissime dosi. Questo metodo ha in Italia ed in Francia varii illustri partigiani; noi però non vogliamo pronunciare alcun giudizio su tale proposito, nulla constandoci dalla personale nostra esperienza, e volendo soltanto in quest'opera render conto delle nostre ricerche senza pretendere di giudicare quelle degli altri (*).

(*) Dopo che ho scritto questo articolo ebbi occasione di adoperare in molti casi il tartaro stibiato a gran dose contro la peripneumonia acuta. L' ho prescritto, ad imitazione di Laënnec, in una mezza pinta d' infuso di foglie d' arancio alla dose di sei grani sino a trentadue da consumarsi nell' intervallo di ventiquattro ore. In niuno di questi casi ho veduto insorgere gravi accidenti da tal modo di medicare: ora i malati non presentarono verun segno d' irritazione delle vie digerenti; non ebbero nè nausea, nè vomito, nè diarrea, nè dolori all' addomine; la lingua si conservò umida, e nel suo naturale rossore; ed ora gli infermi soffrirono nausee che in alcuni divennero talmente moleste che fu impossibile di continuare nell' uso del rimedio; altri finalmente furono presi da vomito, e da diarrea. Ma nei casi sottoposti alla mia osservazione bastò sospendere l' uso del tartaro stibiato perchè si dissipassero spontaneamente questi accidenti.

Da questi fatti ne emerge che si può somministrare il tartaro stibiato ad alta dose per più giorni di seguito senza che ne risultino gravi accidenti nelle vie digerenti; ma questo medicamento è poi veramente utile? A ciò io risponderò che senza pretendere di negare quanto fu già asserito da altri, nei casi da me osservati, non riconobbi che l'uso del tartaro stibiato ad alta dose abbia esercitato una influenza vantaggiosa sulla peripneumonia. Questo rimedio non mi parve d' altronde più efficace contro la peripneumonia, nei casi ove era tolerato dalle vie digerenti, che in quelli ove determinava nausee, vomito, e diarrea.

NOTE

DEL TRADUTTORE

(1) Grazie agli studii attenti ed indefessi dei valentissimi *Lancisi*, *Valsalva*, *Albertini*, *Morgagni*, *Senac*, *Corvisart*, *Burns*, *Kreysig*, *Bertin*, *Bouillaud* e *Laennec*, la terapeutica delle malattie del cuore ha fatto i più vantaggiosi progressi. Quante affezioni di cuore non andavano per l'addietro perdute, perchè specificate col nome insignificante di *asma*, affezioni che si riferivano ai visceri della respirazione, e procedevano per lo più da organiche alterazioni di cuore? Non ignoro il rimprovero fatto da *Hufeland* nella sua Memoria *Delle malattie del cuore fuori del cuore* (vol. 54 del Giorn.), ove scrive che dopo la pubblicazione di alcuni scritti sulle cardiopatie, ogni palpitazione si proclama quale organica malattia di cuore. Ma sebbene da un lato m' aggrada questo parlare di *Hufeland* a ritegno dei medici troppo corrivi a giudicare, non è men vero dall' altro che realmente a' tempi nostri vengano osservate in maggior numero le malattie in discorso perchè di esse se ne sono i medici più profondamente

occupati. Al qual proposito ben diceva *Albertini: Olim apud nos in laesa respiratione vel nunquam vel perraro audiebantur nomina vitiatae structurae cordis et praecordiorum.* Così si leggono nelle opere di *Bader* e *Barcon* dei mali di polmone scambiati con aneurismi del cuore: in quelle di *Schreiber*, *Simmons*, *Stenzel*, *Mauchart* con vizj di ossificazione dell' aorta, ai quali molti altri aggiugner se ne potrebbero sparsi nelle opere di *Morgagni* e *Valsalva*. Solo ne incresce che ad onta di tante ricerche su questo genere di mali scarso sia ancora il vantaggio che ne ritrae il paziente, « poichè, » come dice *Burns*, della maggior parte delle malattie » di cuore la occupazion nostra sta più nel temperare » le loro esacerbazioni, e nel ritardarne i progressi, » che nel togliere le impressioni che il male ha già lasciato nel viscere. »

Per aggiugnere in un argomento di tanto interesse agli altrui i nostri deboli sforzi ci facciamo animo di esporre alcune fedeli osservazioni, che la pratica ci ha presentato, accoppiandovi quelle riflessioni che ci sembreranno del caso.

I. OSSERVAZIONE.

Una giovine d' anni 20 era da due mesi scarsamente mestruata: addimandato onde vi ponessi riparo, ordinai che le si aprisse la vena al piede, e cadeva appunto l' epoca ordinaria in cui solevano ricorrere i tributi mensili. Alla sera si fece il salasso e nella notte venne sorpresa da un dolore atrocissimo alla regione del trocantere sinistro che discendeva sino al piede. Al mattino feci applicare diciotto sanguette al luogo dolente, e la penosa sensazione cessò affatto. Continuava nondimeno

la febbre, e nella terza giornata ambe le ginocchia si fecero tumide e dolenti. Somministrava alla paziente delle infusioni diaforetiche col tartaro emetico. In quinta giornata i dolori alle ginocchia, ch'eransi già mitigati, scomparvero affatto, e l'ammalata venne improvvisamente sorpresa da un acutissimo dolore sotto la mammella sinistra e nel cavo dell' ascella dello stesso lato, accompagnato da grande difficoltà di respiro, da fisionomia pallido-cerea, prostrazione di forze, estremità fredde, tendenza alle lipotimie sotto ogni più leggiero movimento, battito frequente ed oscuro del cuore, polsi esili e duri. Non dubitai dietro un attento esame, che all' artritide surrogata si fosse una gravissima pericarditide, e nel breve spazio di otto ore sottrassi per tre volte sangue alla dose di once nove cadauna. Coll' ultima sanguigna io ho potuto assicurarmi di aver tolto la mia paziente al pericolo dal quale era minacciata: poichè dopo di questa il dolore diminuì talmente in intensità da rendersi sopportabile, cessò l'affanno, l'ammalata potè decombere libera anco sul lato affetto, il calore animale si restituì, le forze si liberarono, i polsi indicarono diminuzione notabile di febbre, e le pulsazioni del cuore si fecero meno frequenti, più palesi, e regolari. Il sangue estratto offriva una superficie fimbriata, stretta, coperta da una sottile crosta flogistica assai dura al taglio. — Nella notte si abbandonò per qualche ora ad un placido sonno, ed al mattino più non lagnavasi di molestia alcuna al cuore. Continuai nell' uso di alcune polveri di cremor tartaro e nitro a dosi rifratte, e l'ammalata entrò a poco a poco in convalescenza senza risentirne più alcuna trista conseguenza.

Non è raro l'esempio delle pericarditidi conseguenti

alla scomparsa della artritide, ed anco decorrenti simultaneamente. *Baglivi*, l'Ippocrate di Roma, lasciò scritto che *asthmata*, *dysuriae*, *et arthritides ad invicem mutantur* (lib. 1, p. 55). *Stoll* diceva che *latet frequentissime arthritis sub specie asthmatis;* e *Pitcairne* dalla propria esperienza conosciuto aveva che l'artritide esercitava un' influenza grande sulle dilatazioni del cuore. Noi abbiamo avuto frequentissime occasioni di vedere ammalati di artrite che venivano, stanti i gravi dolori articolari, sorpresi ad un tempo da dolore acutissimo alla region precordiale, con affanno di respiro, pulsazione vibrata e celere del cuore, impossibilità a decombere sul lato manco, dolore alla spalla ed al braccio sinistro, aumento di febbre a segno tale da esigere un metodo di cura più attivo, e più pronto che non richiedesse dapprima la malattia articolare. E per quanto fossimo solleciti di addimandare agli ammalati di tal genere lo stato antecedente del viscere della circolazione, ben di rado ci venne fatto di raccogliere che avessero dapprima sofferto mai alterazioni che ne additassero una disposizione ad esso inerente. Ben ci avvenne di vedere l'opposto, cioè, che parecchi individui affetti da malattia di cuore erano stati più volte attaccati da artritide. Per la qual cosa merita certamente che il medico tenga bene a calcolo il grande rapporto che esiste fra le malattie di cuore e l'artritide, e come le infiammazioni del pericardio sieno facili a svilupparsi durante il corso dell'artrite, e perchè le organiche affezioni di cuore in quei soggetti in ispecie si osservino che a quella malattia articolare andarono sottoposti.

II. OSSERVAZIONE.

Un giovine d' anni 30 di temperamento sanguigno, mai altre volte stato soggetto a malattie di riguardo, venne sorpreso da dolori alle articolazioni dell' omero destro, del cubito, e delle ginocchia, le quali erano tumide ed assai sensibili. Dopo tre giornate entrò nello spedale: La sua fisionomia era bianco-pallida esprimente il dolore: la lingua sporca: il respiro libero, nessuna tosse: dolori alle indicate parti vivissimi: cute sempre in traspirazione: polsi duri, vibrati. La malattia ebbe un decorso grave sì, ma regolare sino alla decima quarta giornata, ed il metodo di cura fu sempre l'antiflogistico il più severo. Nella decimaquinta giornata, mentre le articolazioni dolenti piegavano già in meglio, senza poterne incolpare una causa, venne l' ammalato attaccato da un dolore acutissimo verso l' apice del cuore, con affanno di respiro, pulsazioni vibrate, più frequenti del solito, angoscia, lipotimie, aumento di febbre, impossibilità a decombere orizzontalmente in letto per la imminente minaccia di soffocazione. Praticossi sul momento una generosa cacciata di sangue, e si applicarono più tardi le sanguette alla region del cuore. Il sollievo fu pronto, e in due a tre giornate l' ammalato più non si lagnò di alcuna pena alla regione precordiale, ed anco le articolazioni erano divenute meno tumide e dolenti. Nella decimanona giornata l' infermo accusa un dolore in amendue i polpacci delle gambe, che si scorgono infiammati: vi si applicano degli ammollienti, e la flogosi passa in suppurazione: erano quei due piccoli flemmoni prossimi a guarire, che un terzo se ne sviluppa alla parte interna del braccio destro, il quale rico-

nobbe lo stesso esito. Lunga fu la convalescenza, ma costante la guarigione.

Questa storia merita particolare attenzione, e per la pericarditide sviluppatasi durante il decorrere dell' artritide, e per le parziali infiammazioni muscolari colle quali finì la malattia.

III. OSSERVAZIONE.

Un ortolano si ammala di una sciatica: una generosa sottrazione locale di sangue, ed i vescicanti arrecano grande sollievo al suo male. In capo a due giornate era così progressivo il miglioramento che stava per abbandonare il letto, quando nel giorno istesso che determinato aveva di farlo, venne di un subito sorpreso da grave palpitazione di cuore, e da un dolore così acuto che, come ei diceva, pareva gli passassero il cuore con un coltello: la fisonomia era abbattuta, la respirazione angosciosa, il decubito sul lato sinistro impossibile, tendenza alle lipotimie, sudori generali, estremità fredde, polsi esili, ma duri. In tale condizion di cose gli feci subito trar sangue alla dose di once dieci, che ripetei nella stessa giornata, e nella susseguente. Internamente amministrai delle polveri di cremor di tartaro e nitro, ed il vantaggio che ottenni da questi mezzi di cura fu sì plausibile che in capo ad otto giorni l' ammalato entrò in una perfetta convalescenza.

In tutte queste osservazioni abbiamo dimostrato come nel decorso di una artritide sviluppisi talora una grave pericarditide; ora esporremo alcune storie di gravi affezioni di cuore in soggetti stati dapprima ripetutamente affetti da artritide.

IV. OSSERVAZIONE.

Uno scrivano d' anni 36 nato da parenti sani soffrì una grave artritide nel ventunesimo anno, dalla quale ben si riebbe. All' età dei 35 lagnossi di qualche gravezza di respiro nell' ascendere le scale, e di quando in quando facilmente lo molestava la tosse, ora secca, ora seguita da sputi mucosi. Gli divenne gravoso il proprio impiego: da questo ripetè gli incommodi che soffriva, e prese il partito di distrarsi fra le amenità della campagna. Sopravvenute inclemenze di stagione gli occasionarono una infiammazione. Fece addimandare il medico, e dalle ricerche fatte intorno allo stato dell' ammalato, rilevossi aver egli antecedentemente un vizio organico al cuore, a cui erasi aggiunta dietro oscure cagioni una infiammazione. Un appropriato metodo di cura antiflogistico sembrava aver tornato in sette giorni il viscere della circolazione ad un relativo modo di ben essere, ma apparente fu la calma che ne conseguitò. Trascorse poche giornate ebbe di nuovo a chiamare il medico, ed io fui scelto ad assumerne la cura.— La fisonomia dell' infermo sembrava quella di un uomo agitato da gravi angosce, il colore della faccia inclinava al livido, le palpebre lievemente edematose, i vasi del bulbo dell' occhio dilatati con facile lagrimazione: mi parlava interrotto come avviene a chi narra qualche cosa dopo una lunga corsa; il respiro frequente, ineguale, anelante: i moti del cuore assai accelerati, irregolari: le di lui pulsazioni offrivano alla mano esploratrice una maggiore estensione: nessuna tosse. L' infermo lagnasi di un dolore che dal ventre ascende al collo, e minaccia di soffocarlo, ed oltre ciò accusa la

sensazione di una fascia che dal disotto della sinistra mammella estendendosi sino alla destra, gli stringe il petto, e gli intercetta il respiro. Esso è obbligato a sedere sul letto, inclinato verso la parte destra, poichè il decubito sulla sinistra accresce le di lui pene. I sogni sono spaventosi, ed interrotti da scosse improvvise che per lo più succedono all'idea di precipitare nelle acque, o di cadere da un alto monte: abbattimento grande di spirito: timore della vicina morte. I polsi sono frequenti e regolari: l'escrezione delle orine scarsa. Nella notte la respirazione si fa più difficile, e il più delle ore è obbligato sedere sul letto colle gambe penzoloni nella massima angoscia ed inquietudine. Durò questo apparato di sintomi per sei giorni senza che e il salasso ripetuto, e medicine in questi casi raccomandate valessero a sollevarlo. Edematosi apparvero i carpi, e gonfiaronsi le estremità inferiori, nelle quali accusava un vivo ardore: svegliossi la tosse secca dapprima, poi accompagnata da sputi mucosi misti a strisce sanguigne: il volto si fece più livido ed angoscioso: l'apice del naso e le labbra erano di color ceruleo; il respiro affannatissimo: grande irregolarità nei moti del cuore e del polso: inesprimibile inquietudine che obbliga l'ammalato a passar seduto su di una sedia quasi interi il giorno e la notte. A tanto aumento di sintomi che sembrano pronosticare imminente la morte, succede una calma di tre giornate, duranti le quali il respiro si fa meno angoscioso, mitigasi la tosse, cessa l'intollerabile ardor dei piedi, e l'infermo decombe in letto orizzontalmente senza pena. Dopo questo stato di apparente ben essere nella quarta giornata ne siegue una placida morte.

Sezione. Aperto il cadavere, trovossi del siero effuso

nella cavità del torace, i polmoni presentavano qua e là delle isolette sferiche, risultanti di sangue aggrumato che diremmo parziali epatizzazioni. Il pericardio conteneva del siero più che nello stato naturale: il cuore era assai voluminoso, sviluppatissimi i vasi che decorrono sulla sua superficie; ma delle sue parti quelle che offrivano dilatazione maggiore furono l'orecchietta destra, ed il destro ventricolo che erano zeppi di sangue coagulato. Il fegato e gli altri visceri del basso ventre in istato naturale.

Nella storia di questo ammalato troviamo combinata all'affezione del cuore quella dei polmoni. È cosa frequente l'osservare nelle cardiopatie, per quel vicinissimo legame che avvi fra il viscere della circolazione e del respiro, la coesistenza di alterazione colle vie polmonari. Abbiamo veduto molti cardiopazienti molestati da tossi secche, da sputi peranco sanguigni specialmente in uno stadio inoltrato della malattia, condizioni che traggono soventi in inganno i meno avveduti sulla esatta diagnosi del male in corso. *Richter* nella sua terapia speciale così si esprime (vol. 3, § 52) « Sebbene » la tosse nelle affezioni di cuore sia sintomatica, tut» tavia va essa accompagnata non di rado da sputi » sanguigni, sierosi, puriformi; e l'emofte succede ta» lora improvvisamente, e cessa coll'egual rapidità nelle » cardiopatie, senza lasciar morbose impressioni nel » polmone. » — E *Nasse* nell'appendice all'opera di *Burns* aggiugne « che ai vizj organici del cuore più o » meno tardi si combina l'affezione dei polmoni. » *Broussais* (Hist. des phleg. chr. app. sur le cat. pect.) parlando delle pretese tisi così si esprime « Questi me» desimi soggetti m'hanno dato la spiegazione delle » pretese tisi con espettorazione purulenta, nei quali

» *de Haen* non ha trovato lesione alcuna nei cadaveri.
» Essi furono la maggior parte anevrismatici nei quali
» l'espettorazione era prodotta dal ristagno del san-
» gue nei vasi capillari del polmone. » Addurremo dopo questa una storia di una cardiopatia complicata con una affezione polmonare.

Merita attenzione quella calma fallace che osservasi in molti ammalati di cuore pochi giorni avanti alla loro morte. *Kreysig* nel suo aureo libro sulle malattie del cuore ne rende particolarmente ammoniti i pratici, e *Mauchart* narrando la storia del soggetto che gli ha presentato argomento alla bella disertazione. « *De pulsu intermittente et crepitante* » finisce con queste parole: « *Hodierno mane melius habere visus, circa meridiem moritur placide, sine ronchis, mentis compos* ».

V. OSSERVAZIONE.

Un giovine fornaro d'anni 35, di sanguigno temperamento, di capelli rossi, e cute fina coperta di lenticchie (maculae solares), da qualche tempo accusava un'alterazione organica di cuore. Nel 1825 ebbe una grave pneumonitide, la quale esacerbò i disordini ch'ei diceva di sentire più o meno, ma costantemente alla regione dei precordj. Dacchè io lo conobbi, che fu nel 1826, l'ebbi a curare di una grave e lunga artritide, durante la quale mi si presentò l'associazione di un vizio ai precordj, ove sentivasi una estesa e vibrata pulsazione, ma regolare, seguita da dolori lancinanti all'apice del cuore corrispondenti alla spalla sinistra. Guarito dall'artritide, nel 1827, e 28, abbisognava di quando in quando di una sanguigna onde contenere le

cardiache esacerbazioni, e nel decorso di questi due anni tornò due volte ad ammalarsi di artritide, ma meno grave. I malleoli in ispecie d'ambi i piedi, ed il carpo sinistro sotto maggiori vicende di temperatura dolevano, e gonfiavansi: così per la stessa cagione era con facilità propenso alle infreddature ed alla tosse.

Nel 1829 ai 9 marzo venne improvvisamente sorpreso da deliquio mentre era solo nella propria camera, ove si rinvenne steso sul suolo. Posto sul letto, e riavutosi con quei mezzi che ognuno suole in simili casi apprestare, gli astanti s'accorsero ch'era impotente a muovere il braccio e la gamba sinistra, che d'altronde mantenevano la loro sensibilità. Addimandato subito trovai l'ammalato oltre le cose accennate nello stato seguente.

Faccia accesa, lingua sporca, affanno di respiro, tosse con sputi sanguigni: il cuore non abbisognava della mano per essere esplorato: vedevansi alzare le coste con gran forza, ed in una notevole estensione, e alle sue pulsazioni vibrate e regolari corrispondevano con egual forza quelle delle carotidi, dell' aorta ventrale, e dei polsi.

L' ammalato decombeva orizzontalmente, ma più inclinato verso la parte sinistra, non accusava dolore alcuno alla region del cuore, nè altrove, solo diceva che gli sembrava avesse nel petto chi battesse fortemente un martello sull' incudine.

Ordinai prontamente un salasso che venne ripetuto alla sera con grande sollievo della infiammazione cardiaca, ed il sangue era cotennoso e duro. Internamente gli amministrai un' oncia di cremor di tartaro solubile in una libbra d' acqua, e copiose bevande di decotto di gramigna col nitro.

Nel giorno seguente aveva ricuperato perfettamente

il moto del braccio e della gamba: la vibrazione del cuore era diminuita, persisteva qualche fitta dolorosa al suo apice, e continuava, quantunque assai moderata, la febbre.

Ordinai un terzo salasso di once dodici, e sulla sera le mignatte all'ano. Dietro questi mezzi passò tranquilla la notte, e sul mattino offrì una lodevolissima remissione. Il moto delle estremità sinistre lo aveva perfettamente ricuperato: nessun dolore al lato sinistro del petto: respiro più libero: i movimenti del cuore ridotti a quello stato in cui trovavansi ad un dipresso prima di quest' ultimo insulto. Un siffatto ben essere continuò sempre in guisa, che in men di quindici giorni l'ammalato abbandonò il proprio letto, e continuò a godere di una salute relativa sino ai 2 maggio 1829, nel qual giorno mentre parlava con alcuno de' suoi cadde come colpito da apoplessia, e in poche ore collo stertore degli apopletici morì.

I parenti non accordarono la sezione del cadavere.

Chiara risulta dalla addotta istoria la disposizione all' emoftoe nei soggetti affetti da cardievrisma. *Frank* all' articolo *de profluviis cruentis* p. 36 dice: « sed » cordi certe major coeteras in partes, quam ut aliquid » vel addi, vel demi, sine labe totius, queat, con» cessa est dominatio: et in hac cordis ad arterias, » aut istarum ad illud — et singulorum vasorum ad » sanguinem proportione mutata, latent magna tem» peramentorum non minus, quam certa multorum in » morbos de vi nimia vitali testantes, vel contrarios in » adfectus, *indelebilis dispositio*, et anevrysmatum » profluviorumque multorum prima rudimenta.

Che le affezioni di cuore dispongano alla apoplessia, oltre il nostro caso che ne offre un esempio chiarissimo,

è un fatto rimarcato da tutti i pratici fra i quali citeremo *Laennec* e *Bertin*.

« L' ipertrofia semplice del ventricolo sinistro, dice » il primo, fra tutte le affezioni del cuore è quella » che più soventi occasiona l'apoplessia » ed il secondo scrive : « nulla è più dimostrato oggi giorno in fisiolo- » gia quanto l' influenza del cuore sinistro sulla circo- » lazione dell' encefalo: per conseguenza si può a- » vanzare *a priori* ch' uno degli effetti immediati del- » l' ipertrofia del ventricolo sinistro sarà una predispo- » sizione all' apoplessia, all' encefalite, ed infine a tutte » le irritazioni cerebrali.

Da ciò risulta quanto necessario sia nella diagnosi delle apoplessie gettar uno sguardo anco sul cuore.

Ma lo scopo principale di questa nostra nota si è di rendere attenti i medici sul rapporto che ha l' artritide colle affezioni di cuore, rapporto che fa sì che nel decorso dell' artritide si osservino svilupparsi delle gravi malattie precordiali, le pericarditidi in ispecie, e che non infrequentemente vedansi attaccati da vizj organici al cuore quelli in ispecie che patirono di artritide. *Faber* nelle sue osservazioni sulle malattie di cuore esponendo la storia (Giorn. di *Hufeland*) di una donna che dopo un acuto reumatismo venne sorpresa da un vizio di cuore consistente in una dilatazione del ventricolo sinistro con ispessimento del pericardio chiude la narrazione dicendo. « È pur maravigliosa in questo caso la » precedenza soventi osservata del reumatismo acuto » nelle malattie di cuore. Che sia esso cagione od ef- » fetto di tali alterazioni non è ancor deciso. Ritengo » però assai necessario che il medico chieda all' am- » malato se mai abbia sofferto mali reumatici. »

(2) Sviluppatasi una volta una infiammazione para-

gonar si può a quella semente che commessa al terreno germoglia, cresce e compie la propria vita. Sta nella potenza del medico il troncare soventi questo processo nei suoi rudimenti, quando, cioè, è ancora entro i limiti di una semplice congestione, ma ogni qual volta il lavoro flogistico è incominciato non è più opera dell' arte il toglierlo improvvisamente. Il medico può adoperarsi solo a scemare la forza del male allontanandone le cagioni, s' è possibile, che lo produssero e lo sostengono, diminuendo il latice vitale, temperandone l' impeto e la forza, e cercando in tal guisa di promovere una blanda risoluzione che salvi la minacciata località da qualche guasto organico. Intorno a questo argomento ben ci scortano nella pratica le giustissime differenze dei patologi sulla congestione e sulla infiammazione, condizioni così bene sviluppate da *Hartmann* e che meritano di essere ben apprese. La differenza della congestione sanguigna dalla infiammazione venne pur eccellentemente esposta dal dott. *Brofferio* di Torino nel 1823, che la distinse col nome di *emormesi* (Haemormesis), e sviluppata poi lungamente da *Tommasini*, a cui piacque sostituire il nome di *Angioidèsi sanguigna.* Tutti poi unanimi convengono essere la *congestione*, di cui parliamo, *una condizione patologica dei vasi sanguiferi che non è infiammazione*, *benchè a lungo giuoco possa quindi risvegliarsi una infiammazione.* (Vedi *Hebenstreit*).

(3) Nè vanno pur dimenticati i nomi di *Burns*, *Kreysig* e *Testa*, i quali non meno degli Autori citati si occuparono nello studio delle malattie del cuore.

(4) Pare omai che tutti i pratici convengano nella idea « che l'infiammazione (*Tommasini*) sia il più gene-» rale, il più frequente, il più cognito mezzo perchè

» si scomponga non solo l'intima, ma la visibile orga- » nizzazione, e simmetria delle parti ». E questo sembrami il linguaggio più moderato, poichè voler tutte ripetere dalla flogosi le alterazioni di struttura che si incontrano nella animale economia, è cosa a sostener la quale non verranno sempre in appoggio favorevoli argomenti; ed è pur forza confessare che uno stesso effetto non ha sempre per principio la medesima cagione. Valga l'esempio della osteogenesi istessa a prova di quanto diciamo. Diremo noi essere un prodotto di infiammazione, per lenta e latente che si voglia imaginare, le ossificazioni che avvengono nella tarda vecchiaia?

(5) Una lodevole divisione delle malattie del cuore si è quella propostaci da *Hufeland*. Ne forma egli quattro classi: alla prima riferisce le cardiopatie per congestione sanguigna: alla seconda le malattie nervose del cuore: alla terza le simpatiche, od antagonistiche: alla quarta quelle per metastasi. Convien però, aggiugne *Hufeland*, esser molto cauti nel pronunciare un giudizio positivo sulla esistenza di un vizio organico di cuore, poichè, s'egli è vero che dopo le opere di *Albertini*, *Valsalva*, *Morgagni*, *Senac* e *Corvisart* si sono resi i medici più attenti su questa forma soventi traveduta di malattia, non è men vero che troppo facili sono ora divenute le diagnosi delle organiche cardiopatie appoggiate soventi a semplici pulsazioni o più frequenti, od irregolari, ed all'affanno della respirazione.

(6) *Richter* chiama la digitale indispensabile nelle malattie di cuore, ma non v'ha pratico che non assenta con *Saunders* ed *Hosak* che questo vegetabile non deve essere amministrato nel bollore della infiammazione cardiaca. Del resto è pur verissimo, come aggiugne lo stesso *Richter*, che colla digitale si possono contenere

per molti anni gli ammalati di cuore in uno stato sopportabile. La tintura eterea di cui si serve l' autore per frenare i movimenti del cuore alterati non è certamente per l' indole sua irritante la più idonea. « Egli è una » legge generale tratta dalla sperienza, dice *Burns*, » che quando il cuore è affetto da un vizio organico » i rimedj irritanti sono ai pazienti un veleno. Sono » di opinione che le medicine stimolanti che si am» ministrano agli ammalati nella vista di sostenere le » forze affievolite riescono loro più perniciose della » malattia stessa. » (*Allan Burns*, all'art.° delle malattie croniche del cuore).

(7) Ogni pratico ben conosce quale sia la necessità di stimolare talvolta gli esiti di una flogosi onde salvare l' ammalato dalle loro sequele. Da ciò ben si scorge il danno che si procacciano a sè, ed ai loro malati coloro che ligj troppo alle teorie non vedono ovunque che stimolo, lungi dall'ammettere circostanza alcuna capace di modificare l' indole degli esiti di una infiammazione. Al qual proposito merita di essere ben studiata l' anatomia patologica di *Andral* la quale rinchiude molte pratiche verità.

(8) La pratica conferma realmente quanto va esponendo il nostro Autore che nelle idropisie si ottengono delle guarigioni col mezzo dei purganti attivi che invano si erano tentate con tutta la turba dei diuretici. Molta attenzione esigono però le condizioni che accompagnano la malattia, e quelle circostanze che offre l'individuo paziente nella scelta di questo metodo, onde non abbia a riuscire dannoso anzichè utile. E per citarne una delle più ovvie, e rincorare ad un tempo taluni che temono la lancetta, ove avvi segno appena di raccolta d' acqua, l' idrope acuto qual danno non riflet-

terebbe se venisse subito curato coi drastici? E quanto utile non se ne ritrae dalla sanguigna, la quale apre le vie escretorie e dispone la natura a sentire l'azione dei medicamenti? *Baglivi*, a cui la pratica servì sempre di scorta nelle lezioni che ci tramandò, scriveva nel lib. 1 de fib. mot. *Per sanguinis missionem cursus fluidorum et libertas oscillationis solidorum frequenter restituitur*; ed altrove: ove avvi energia nel sistema vascolare « *sanguinem mitte: depletis hac ratione vasis, laxataque quasi sanguinis massa, viam sternes diaphoreticis, purgantibus, aliisque hujuscemodi precipitantibus.* Ed *Hoffmann* (sect. 11, c. IX, th. 3) *Post venae sectionem saepe excretiones salutares sanguinis, imo alvi, sudoris, urinae, evacuationes melius, et liberius quam ante eam succedunt.*

(9) *Corvisart* fu il primo che fissò l'attenzione dei medici sulla frequenza colla quale trovasi affetto il fegato nelle malattie di cuore. Una tale affezione si risolve per lo più in una ipertrofia del fegato. *Corvisart* aggiunge che il fegato patisce in quelle cardiopatie, nelle quali la cava non può versare il sangue refluo dalla circolazione nell'orecchietta destra, e che in quasi tutte le affezioni cardiache il fegato costituisce la sede in cui il sangue si accumula e si trattiene, per cui negli ultimi periodi in ispecie di tali malattie il di lui volume aumenta di mole. In conseguenza di questa complicazione ammonisce i medici a non confondere nella loro causa le idropi procedenti dall'ultimo stadio delle cardiopatie con quelle che nascono da ipertrofia, ed indurimento del fegato. Ma se i vizii organici del cuore in moltissimi casi vanno uniti ad ingrossamento di fegato, in altri non pochi le affezioni di quest'ultimo viscere disordinano in guisa le funzioni del cuore da in-

gannare i medici sulla vera sede del male. Ebbi nella mia pratica ad osservare un uomo d' anni 40 il quale trascurò una lenta infiammazione con induramento della estremità dell' ala sinistra del fegato. Chiese appena i soccorsi dell' arte ch' io gli ordinai tosto una sanguigna generale, quindi una locale all'ano, e con rimedii solventi, colle acque minerali di Sedlitz, coi saponacei ridussi il paziente ad uno stato assai discreto. Se avesse insistito nella cura e nel severo regime a cui l' aveva assoggettato non dubito che sarebbesi sciolta ogni durezza, e vinta affatto la malattia; ma l' ammalato mal consigliato da' suoi trascorrer volle i precetti medici, e darsi ad una vita lauta ed intemperante. Tornò il fegato ad infiammarsi, ed il dolore locale che si propagava alla spalla, il disordine delle funzioni digerenti, la melancolia, una lieve colorazione gialla, la stitichezza di corpo, la febbre vespertina ne erano l' espressione sincera. S' aggiunse a ciò che in una notte venne di un tratto sorpreso da un grave affanno di respiro con pulsazione di cuore vibrata, che fu obbligato sedere la notte intera sul letto nella massima angustia, chè sdraiato sentivasi minacciare da soffocazione. Chiamato di buon mattino lo trovo nella posizione e nello stato accennato: esplorata la region del cuore, le pulsazioni erano vibrate, frequenti, irregolari: il respiro affannoso, nessuna tosse, dolore al fegato ed alla spalla accresciuto, colorazione più viva: tensione di tutto l' addome, dolore sotto la più lieve compressione: febbre risentita con polsi piccoli, duri, assai frequenti. La mia diagnosi fu tuttora di una acuta epatite sopravvenuta ad una epatite lenta ed occasionata dalla mala vita del paziente: ritenni il disordine del cuore affatto consensuale, e con un metodo attivo antiflogistico ritornai in pochi giorni

l'ammalato a quello stato di salute al quale era giunto prima che seguisse indocile il proprio capriccio.

Di casi consimili se ne leggono nella bella monografia di *Louis* sulle malattie del fegato.

(10) Il dott. *Federico Fischer* in una sua dissertazione sulla cura dei postumi della scarlattina, inserita nel giornale di *Hufeland* 1824, espone le seguenti idee sull'idropisia, che non sarà discaro al lettore l'accennarle. Egli non è di sentimento che le vicende della temperatura siano le cagioni esclusive dell'anassarca consecutivo alla scarlattina, poichè osservò convalescenti che si guardavano allo scrupolo da tali alterazioni di temperatura, e andavano non di meno soggetti all'idrope. Partendo dall'idea che nella scarlattina le crisi si operano unicamente per mezzo dei reni, consacrò *Fischer* la sua attenzione alle funzioni di questi organi. Ove la secrezione e l'escrezione delle orine furono copiosi tanto nel decorso della scarlattina che durante la desquamazione, e durarono colla stessa quantità l'A., non vide edema alcuno. Allora che la natura colle proprie forze evacuava siffatta orina in qualità ed in quantità alterata, l'ammalato non correva alcun pericolo. Ma ben altrimenti avveniva quando l'arte tentava di attivare colle proprie risorse questa secrezione. Fosse pure ottima e prudente la scelta dei diuretici, fossero i più blandi, i più antiflogistici, essi non pareggiavano il valore di quei salutari movimenti che la natura non cimentata offriva nei casi favorevoli. Il totale dissipamento dell'edema cutaneo allora solo avveniva sotto l'uso di questa diuresi artatamente procurata, quando il nuovo organo cutaneo era capace della esalazione in guisa, che si era necessitati di ascrivere piuttosto alla diaforesi la finale compensazione e guarigione. L'A. tentò a questo oggetto i

diuretici più sperimentati, ed in ispecie i più miti, per esempio il cremor tartaro, il borace, la senega, il nitro, la digitale, e vide confermata sempre la succennata opinione. Egli è certo da un lato che i reni tanto durante l'esantema scarlattinoso che nella disquamazione fanno più o meno le veci della mancante diaforesi, così è pur men dubbio dall'altro, giusta le mie osservazioni, che le rena come organo vicario nell'ultimo periodo della disquamazione soffrono soventi, subiscono uno stato di attiva congestione, che può essere innalzata al grado di flogosi coi diuretici anco più miti.

Desidera pertanto *Fischer* che si ponga grande attenzione al periodo di disquamazione della cute, ed alla repristinazione della di lei funzione, non che alla aumentata secrezione delle rena per la interrotta azione cutanea.

(11) Per quanti nemici implacabili del salasso vadano ogni giorno movendo gravissime lagnanze sul di lui uso, per quanti creduli controstimolanti tutta ripongano la lor fiducia nei medicamenti che così contrassegnano, e credano poter surrogare alla sanguigna, nessuno al certo, che siasi formato sulla esperienza ed osservazione, potrà prestare orecchio alle loro voci. Finchè della infiammazione e de'suoi esiti abbiamo quelle giuste idee non mai smentite dalla anatomia patologica, che ogni moderna scuola unanimemente ripete, il salasso nelle malattie flogistiche sarà pur fra i mezzi di cura quello che occuperà il primo luogo, ed il gridare contro il di lui uso vale lo stesso che far declinare i medici dalla retta via. Solo è desiderabile che se ne usi con quella misura che il caso e le future contingenze esigono, nè tutta si appoggi la terapia a questo unico mezzo, poi-

chè come dice *Celso* « sanguinem incisa vena mitti, » novum non est; sed nullum poene morbum esse, in » quo non mittatur, novum est. »

(12) Trattare l'anoressia dei tisici coi tonici non sarebbe in senso nostro che esacerbare la infiammazione polmonare, dalla quale allontanar mai non dobbiamo le nostre cure. Non è certamente raro il vedere ammalati di cronici malori per lente flogosi depascenti l'uno o l'altro viscere, ai quali i medici sono liberali di alcune medicine toniche a motivo di sollevare le forze dello stomaco; ma se sommassero i danni che ne risultano alla località infiammata, ed il più rapido decorso verso quella funesta fine alla quale già tende, non so se sarebbe ben compensata la pietà che li mosse ad attivare le funzioni digestive.

(13) Tristi pur troppo sono gli esiti del morbillo retropulso. Già *Morton* e *Borsieri* e quanti ebbero occasione di vedere questo esantema notarono la facilità colla quale sviluppansi le flogosi polmonari in seguito alla retropulsione del morbillo. Io ho assistito alla sezione di un bambino, nel quale il morbillo essendo scomparso in terza giornata dalla sua eruzione, si tramò un lento processo flogistico nella pleura del lato sinistro. I sintomi che l'accompagnavano erano una tosse secca con febbre, e polsi vibrati, a cui si aggiunse gradatamente dell' affanno di respiro, e durò in questo stato per ben tre mesi, quando coi sintomi di un idrotorace dovette infine soccombere ad onta d'ogni mezzo di cura. Nella sezione del cadavere si trovò nel lato sinistro del petto un gran sacco formato dalla pleura costale e polmonale divenute assai consistenti, e simili ad una carta pecora umettata: in questo sacco racchiudevasi una copia grande di pus densissimo del peso di once 24 circa.

Il polmone sinistro era compresso come una focaccia, ma di tessuto sano: il destro non era per nulla alterato. Il cuore nello stato naturale, ma spinto sotto lo sterno in direzione perpendicolare.

(14) Si dice che una febbre generale precede talvolta le infiammazioni locali, e lo sarà infatti; ma chi potrebbe provare che quel turgor vitale che mette tutta in orgasmo l' animale economia non sia già un effetto di una congestione sanguigna che va clandestinamente elevandosi al grado di flogosi, e non per altro decorre ancora inosservata, nè si esprime con sintomi particolari se non perchè è di recentissima data? Sebbene è ancora una lite che *sub judice est* se sviluppar si possa dapprima una febbre infiammatoria generale, quindi una pneumonite, un'artrite, o non abbiano piuttosto queste località a svolgere quella generale alterazione vascolare.

Questo modo di vedere pare più conforme ai moderni pensamenti patologici basati sulla esperienza e sulla osservazione.

(15) Alla scuola moderna non tornò mai gradita la dottrina delle crisi: essa la ritiene come una sottigliezza dei nostri vecchi, e dicesi che le crisi salubri od insalubri stanno nell'assalire nel loro primo svolgersi e con efficacia le malattie. Ma siffatta non credenza alle benefiche risorse della natura non è certamente commendevole, e se noi ci protestiamo non del tutto addetti alla dottrina delle crisi, non possiamo però in molti casi contrastarne la loro esistenza, e le benefiche conseguenze che arrecano alla malattia.

Lungo sarebbe l' enumerare i casi nei quali viene ad evidenza provato il nostro assunto: mi appello ai

sani pratici, i soli che scevri d'ogni prestigio osservano la natura nella sua semplicità.

(16) Pare anzi che le pleuritidi, almeno nelle nostre contrade, sieno assai più renitenti a curarsi delle pneumonitidi. Le pleuritidi sono pur quelle che lasciano dietro di sè quelle invincibili aderenze fra la superficie esterna polmonare, e costale interna, aderenze che sostengono talvolta un dolore locale sotto le profonde inspirazioni ed anco senza di queste ad onta che sia vinta del tutto l'irritazione flogistica, e trovisi il paziente da lungo tempo nello stato della più florida salute.

(17) *Hoffmann* diceva « vesicatoria non applicanda » in plethoricis nisi soluta prius plethora ». Si legge nelle opere di *Morton* che « diathesim inflammato» riam massae humorum vesicatoria impertiunt » ed altrove: « in inflammatoriis cantharides plurimum no» cent, et flammam flammae adijciendo curationi offi» ciunt. » *Baglivi* scrisse « in febribus ardentibus et » continuis in quibus magna adest sanguinis agitatio et » impetus semper in pejus cessisse vesicantia pluries » observavi. » Così dettava l'esperienza di sommi uomini sulla guisa di agire dei vescicanti, ma pure vi fu chi sostenne il contrario, ed encomiò l'uso dei medesimi in alcune delle infiammazioni cutanee. Per verità io non conosco il risultato di siffatti pensamenti, ma non dubito che un'infelice esperienza avrà confutato la falsità di tale dottrina.

(18) Non v'ha età alla quale la infiammazione risparmi le sue insidie, e sviluppata che siasi i mezzi di cura sono in tutti gli eguali, quando particolari circostanze non ne modifichino il libero uso. Non è possibile dare al medico delle regole sicure che lo guidino

nella cura delle infiammazioni, essendo infiniti i casi nei quali bisogna declinare dalla via generalmente adottata, e seguire le particolari disposizioni inerenti all'individuo nei molteplici suoi rapporti con sè, e col mondo esterno. Da ciò devono i giovani persuadersi che le dottrine delle scuole non sono che una guida allo studio delle malattie in genere, e che la ulteriore loro investigazione e più vicina conoscenza procurare la debbono colla attenta ed assidua osservazione clinica accoppiata allo studio indefesso de' migliori autori.

(19) L' ammalato entrò nello spedale in quarta giornata di malattia digiuno di medici e di medicine: durante la sua dimora nella sala clinica gli si cavò quattro volte sangue, e gli si applicarono 12 mignatte al petto, parmi che a sì grave infiammazione non corrispondesse un metodo di cura qual si voleva energico per tentare la guarigione del malato. Merita di essere letta e riletta l' aurea opera di *Triller* sulla pleuro-pneumonite. « Venae sectio, ei dice, quasi sacra anchora, ad quam » unice confugiendum in hoc morbo, et a qua sola, » sola inquam, omnis pleuriticorum salus pendet. Hac » enim mox ab initio mali sat cito, crebro, et large » administrata, omnis ferocientis morbi vis illico perit, » et malum in ipsa quasi herba poenitus suffocatur. » Eadem contra aut temere neglecta prorsus, aut parce » nimis et timide instituta, aegrotorum salus de exigua » spe pendet, et in summum vitae discrimen adduci» tur, licet omnis medicamentorum apparatus in subsi» dium advocetur ». Nè ci deve distogliere dal sottrar sangue la malattia innoltrata poichè « dantur casus » desperati, siegue *Triller*, ubi transmissis vel aegroti » incuria, vel medentis ignorantia aut metu, sine ve-

» nae sectione his primis diebus, in casu necessitatis
» summae, quum omnia jam conclamata videantur,
» et aeger suffocationi miserrimae proximus sit, auden-
» dum aliquid, atque tum anceps hoc, sed unicum
» venae sectionis remedium in usum omnino vocandum.»

(20) Lo stato di debolezza che occorre soventi di vedere nelle malattie flogistiche non è che apparente. Dessa è una oppressione non già una soppressione di forze: differenza su di cui *Stoll* rende tanto distintamente avvertiti i pratici, onde non vengano colti in errore e si appiglino ad un metodo corroborante, laddove l'esorbitanza delle forze ed il processo flogistico esigono ancora un metodo affatto opposto.

L'infiammazione una volta che abbia ordito la sua tela è sempre eguale ad onta delle molte modificazioni che parecchie circostanze possano ad essa impartire: essa decorre sempre armonica a sè stessa e quelle facili trasmutazioni di natura che alla medesima si vogliono attribuire, nella pratica non si ravvisano. In conseguenza di ciò il metodo di cura esser deve sempre quale un processo di flogosi lo esige con quelle misure però che l'arte esperta suggerisce.

(21) Facciamo plauso al nostro A. che con un esempio così parlante abbia dimostrato che le crisi non sono un sogno dei nostri antichi medici.

(22) Quanto vantaggio arrecar possano i rivellenti nelle lente flogosi ognuno lo rileva dalla propria pratica, ed in ciò siamo col nostro Autore pienamente d'accordo, ma non possiamo seco lui convenire, che ai rivellenti aggiugner debbasi un trattamento lievemente stimolante. Già l'abbiamo detto altrove di quanto danno non riescano ai malati quei medici, che nelle diuturne affezioni flogistiche cedono alle loro istanze intorno all'uso di

qualche corroborante. Non v'ha dubbio che in tal guisa si vada prestando esca al fuoco, e dallo stato di lentezza si disponga inavvedutamente il viscere ad esser vittima di una acuta infiammazione, la quale poscia è tanto più temibile ne' suoi effetti in quantochè sorprende un soggetto già esausto di nutrizione e di forze, ed il di cui generale è molto al disotto della località.

(23) La sollecitudine del metodo antiflogistico nelle malattie infiammatorie è quella che fornisce al medico la dolce compiacenza di vedere presto risanati i propri ammalati. Nella storia che abbiamo sott' occhio la cura fu attiva sì, ma non continuatamente attiva: un leggier sollievo dei sintomi locali non deve addormentare il pratico sopra una falsa lusinga di aver già vinta la flogosi in un periodo di malattia in cui si può *a priori* asseverare che non era possibile. Un giorno solo che si stia colle mani alla cintola si dà campo al male di gettar più profonde radici nel viscere, e di tramare degli esiti che lo stesso mezzo di cura che pria avrebbe salvato l'ammalato, ne è poscia affatto insufficiente. Tale parmi essere il caso descritto dall'Autore, e la sezione ne convince della verità di quanto andiamo esponendo.

(24) Volendo ben analizzare la storia riferitaci dall' Autore pare che la recidiva in cui cadde l'ammalato non s'abbia ad attribuire tanto all' essersi esso esposto all' azione del freddo quanto alla flogosi che non era ancora perfettamente abbattuta.

Non è però a negarsi che una delle cause più frequenti delle recidive non sia l'inosservanza di quei precetti dietetici colla scorta dei quali gradatamente ritorna la salute al primo equilibrio risarcendosi l' organismo delle sofferte perdite. E questa cagione non è pur sempre tanto dei malati quanto dei medici, che non

si curano di loro indicare quello che devono abbracciare per accelerare e mantener ferma la loro guarigione, e quello che evitar debbono come a loro nocivo, infelice esperienza per antecedente.

(25) La febbre infiammatoria legittima, dice *Bischoff* (Grundsätze zur Erkenntniss und Behandlung der Fieber, und Entzündungen 2. Auf. Wien 1830) è una febbre continua con irritazione del cuore, e del sistema arterioso, con aumento di coagulo nel sangue e con esorbitanza di forze senza che vi sia una parziale infiammazione di qualche viscere. Questa febbre è in un certo senso la base di tutte le altre. Nessuna funzione, nessun organo è alterato in grado eminente, tutti patiscono assieme.

I moderni però riferiscono la febbre infiammatoria semplice alla angioite ricusando di ammettere moti febbrili che sostenuti non siano da una località.

(26) Pare che omai tutti i patologi sieno convinti della non esistenza delle così dette febbri essenziali. Le idee emesse dall'Autore non saranno certamente le più accette, poichè pare che una febbre infiammatoria generale sia sempre determinata da una infiammazione locale, e che la stessa febbre infiammatoria legittima abbia la sua condizione patologica nel sistema arterioso (Febris vasorum).

(27) È cosa ordinaria ad osservarsi che il sangue estratto per la prima volta nelle flogosi polmonari non offra alcuna cotenna. *Huxham* rende ammoniti i pratici di questo fenomeno scrivendo « Sanguis in pneumoni-
» tide detractus firmior et densior apparet, vel tenaci
» flavescente crusta, aut corio, ut dicitur, obtegitur:
» quod quidem saepius haud prius, quam secunda aut

» tertia sanguinis detractione in conspectum venit, licet
» symptomata summam indicent inflammationem.

Quanto poco poi influisca per le indicazioni curative e per conoscere il grado della flogosi esistente la presenza della cotenna nel sangue ognuno lo può ben comprendere se getta uno sguardo alle circostanze molteplici che concorrono ad impedire la sua formazione. La cotenna sul sangue non sarà sempre che una ragione isolata e per sè stessa insufficiente per dirigere il medico nel suo operare: non è che il complesso dei sintomi di un male che può servirgli di norma nei suoi giudizj, e nelle proprie determinazioni.

(28) Io rispondo di buon animo ad *Andral* che sperar se ne poteva la guarigione se si fosse insistito nel salasso. L' assieme dei sintomi che presentava l' ammalato non potevano gettar un dubbio sulla aggiustatezza della diagnosi. Si trattava di una flogosi pleuro-polmonare, quindi fino che le funzioni del viscere del respiro mostravano uno stato di irritazione, dovevasi continuare colle sottrazioni sanguigne, e precoce troppo fu l' uso dei vescicanti, e del kermes.

(29) Così avviene in quella condizione di forze nella quale non avvi già soppressione, ma pura loro oppressione. Sono le forze nello stato di oppressione paragonabili a quella molla elastica la quale rattenuta da un peso che le si sovrapponga non perde la propria elasticità, che anzi la ripiglia al levarle la potenza premente. A questa circostanza deve ben attender il pratico, come quella che diriger lo deve nella scelta del metodo curativo, onde non abbia ad ingannarsi su di uno stato di debolezza affatto spuria.

(30) Pare che la negligenza del paziente nel curare i primordj della malattia, e l' abuso dei liquori nel mo-

mento che la flogosi ordiva gravi insidie al polmone, rechino con sè sufficiente ragione della funesta fine del male ad onta del metodo antiflogistico stato usato.

Quante vittime verrebbero risparmiate, se l' arte coglier potesse sempre le infiammazioni nel loro primo sviluppo?

(31) Per chi sente ancora della teoria del controstimolo, ed è ligio alla duale classificazione dei rimedj in stimolanti, e controstimolanti troverà facile la spiegazione del come domate si sieno le flogosi polmonare, ed intestinale sotto la cura enunciata. Ma di questa teoria assai poco si disse, e nulla omai ce ne rimase.

(32) Tale era il metodo di *Dower* che raccomandava di salassare di quando in quando i tisici, ammaestrato dalla sperienza che nei medesimi insorgono di quando in quando delle flogosi parziali che minacciano sempre più pei pronti loro esiti il parenchima polmonare.

(33) Rimandiamo il lettore alla nota 27.

(34) Questa più facile recidiva delle pneumonie deve riferirsi a quelle che sono illegittime, non già alle legittime le quali ove si combinino circostanze favorevoli nel soggetto ed attività di cura vanno per lo più a felice risoluzione. D'altronde siccome le flogosi illegittime, devono per lo più la loro illegittimità ad una mala disposizione inerente o nel viscere affetto, o nel sistema dell' animale economia in generale, così più facile è in esse la recidiva dietro l'urto di favorevoli occasioni.

Siffatta divisione delle infiammazioni in legittime, ed illegittime è pure di un grande interesse nell' esercizio pratico esigendo le prime un metodo di cura assoluto, sempre più o meno energico a norma della maggiore o minore violenza del male, e richiedendo le altre una serie di modificazioni a norma delle generali esterne

od individuali interne circostanze, che impartiscono un carattere proprio alla infiammazione. Siffatta guisa di considerare le infiammazioni non ci distoglie dal ritenerle quanto alla loro intima natura sempre identiche a sè medesime, essa ne serve di scorta onde trattarle con metodo più conforme alle diverse cagioni produttrici.

(35) Intorno all'uso dei vescicanti abbiamo già parlato altrove. Questo eccellente rimedio deve essere posto in uso quando la flogosi è sul declinare, e le forze del malato non comportando più sottrazioni sanguigne trovasi il medico nel bisogno di determinare un punto di controirritazione, e di attivare le funzioni della traspirazione.

(36) Una volta si abborriva il salasso quando appena si poteva concepir dubbio di una cutanea eruzione, e non erano che i più sani pratici che valer si sapessero di questo energico mezzo onde diminuire il turgore vitale, ed aprire più facile la via alle cutanee efflorescenze. L'ultima nostra epidemia vaiolosa dimostrò quanto giovasse sul principio del male una moderata sottrazione sanguigna, e per render più benigna l'eruzione cutanea e per impedire lo sviluppo dei sintomi cefalici, e peripneumonici, o moderarne la loro gravezza.

(37) Che lo scorbuto si accoppi alle congestioni polmonari io l'ebbi ad osservar in una femmina affetta contemporaneamente dal *morbus maculosus haemorrhagicus Werlhofii*, da emorragia delle gingive, e da pneumonorragia. Il trattamento dovette essere antiflogistico, poichè i sintomi pneumonici erano di natura assolutamente stenica. Da ciò non voglio inferire che ogni scorbuto, come sostenne la scuola di Bologna in una dissertazione

inserita dal dott. Riboni negli Annali di medicina dell'Omodei, sia di natura attiva, ed esiga un trattamento analogo. Vi sono dei soggetti scorbutici nei quali la vitalità è assolutamente languida, il sangue meno plastico, e nei quali il ferro, le tinture eteree, il vino sono i mezzi più indicati, e che loro apportano in un modo sensibile la guarigione.

Fine del Tomo primo.

INDICE

DELLE MATERIE CONTENUTE IN QUESTO TOMO.

LIBRO SECONDO

MALATTIE DEI POLMONI.



